

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROcq

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROSSE, CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LÉPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAULT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME IX

N^o 4. — Avril 1898

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE
120 BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCXXCVIII

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois. Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail sans reniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr **GEORGES THIBIERGE**, 7, rue de Surène, Paris.

CLIN & Cie

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten, essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, CUBEËBE et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

ÉLIXIR DÉRET BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'iodure double de Tanin et de Mercure. Chaque cuillerée correspond à un centigr. de biiodure de mercure.

Ne provoque ni **Hydrargyrisme**, ni **Diarrhée**, évite, par la façon dont il est présenté, les **soupçons** de l'entourage.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

Santal du Dr Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant 20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou chronique, Cystites et toutes inflammations des Muqueuses génito-urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant progressivement.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. | Bromure
Par Dragée, 10 centigr. | de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorée, Insomnies, Palpitations de cœur, Erections douloureuses, Spermatorrhée, Eréthisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & Cie — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

385

IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130
Le meilleur succédané de l'Iodoforme
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITIQUES**
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & Cie, BIEBRICH-S-RHIN

Dépot général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

SAVONS MÉDICINAUX, A^o MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS 3, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la 601.
SAVON Phénique... à 5% de A^o MOLLARD 12^f
SAVON Borat... à 10% de A^o MOLLARD 12^f
SAVON au Thymol... à 5% de A^o MOLLARD 12^f
SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A^o MOLLARD 12^f
SAVON Borique... à 5% de A^o MOLLARD 12^f
SAVON au Salol... à 5% de A^o MOLLARD 12^f
SAVON au Sublimé 1% ou 10% de A^o MOLLARD 18^f ou 24^f
SAVON Iode (KI — 10 %)... de A^o MOLLARD 24^f
SAVON Sulfureux hygiénique de A^o MOLLARD 12^f ou 24^f
SAVON au Goudron de Norvège de A^o MOLLARD 12^f
SAVON Glycérine..... de A^o MOLLARD 12^f

ILS SE VENDENT EN BOÎTE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINES AVEC
35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel, Sol-
tions limpides de Biiodure d'Hydrargy-
rénol dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux mil-
grammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, SCEAUX (Seine)
toutes pharmacies.

s. Chaque
ances de
ans ren
philigrap
ris.

T
ure
ure.
tigr.

e, ni
l est
age.
our.

S
N

réé,
née,
ées.

ES

ERMIQUE
el, Sol
drargy
eux mil
(Seine)

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE

SUR LE LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA CAVITÉ
BUCCALE

Par MM. L. Brocq et Léon Bernard.

(Pl. I.)

Le 18 octobre 1897 notre excellent ami M. le Dr Châtellier nous adressa à notre consultation dermatologique de l'hôpital Broca-Pascal un jeune homme de 17 ans, atteint depuis son enfance d'une lésion de la langue et du voile du palais que nous n'étumes aucune difficulté à reconnaître immédiatement pour un lymphangiome circonscrit. L'aspect de la néoplasie était en effet absolument typique avec ses vésicules transparentes ou purpuriques qui lui donnaient une apparence mûriforme. Ce cas nous parut intéressant, surtout en raison de sa localisation. Nous le présentâmes en novembre 1897 à la Société de dermatologie et nous nous mêmes à étudier de près cette curieuse affection.

Nous n'avions tout d'abord l'intention que de publier notre fait avec un examen histologique un peu approfondi. Mais en recherchant les divers travaux déjà parus nous avons été frappés de voir combien l'histoire des productions morbides développées aux dépens du système lymphatique est encore entourée d'obscurités. D'une part, on a décrit sous le nom commun de lymphangiome des faits totalement différents les uns des autres, et d'autre part on discute encore sur l'origine lymphatique et la nature néoplasique de faits qui semblent pourtant bien appartenir à ce groupe de tumeurs.

Il n'est nullement étonnant que cette question ne soit pas encore mise au point: les cas de lymphangiome sont en effet d'une extrême rareté, et l'interprétation des divers documents cliniques et histologiques qui ont été jusqu'ici publiés sous ce nom présente de réelles difficultés.

Nousavons donc été peu à peu amenés à faire une étude d'ensemble de ces néoplasies, et nous nous y sommes d'autant plus volontiers décidés qu'il n'existe pas encore un seul mémoire français dans lequel ce sujet ait été traité d'une manière quelque peu approfondie.

Nous ne pouvons pas d'ailleurs, dans cet article forcément limité, traiter à fond de toutes les néoplasies qui ont été décrites sous le nom de lymphangiomes.

Virchow (1) qui s'est occupé le premier de ces tumeurs ne possédait pas de documents suffisants. Le premier travail d'ensemble important est celui de Wegner (2) qui divisa les lymphangiomes au point de vue anatomo-pathologique en : 1^o Lymphangiomes simples ; 2^o Lymphangiomes caverneux ; 3^o Lymphangiomes cystoïdes. Mais, malgré ces sérieuses tentatives de classification, les caractères étiologiques, cliniques et histologiques de ces lésions n'étaient peut-être pas encore assez nettement définis, car une certaine confusion continua à régner dans les esprits à leur sujet.

Certains auteurs firent rentrer dans ce groupe des productions morbides peu comparables entre elles et qui n'avaient comme caractère commun que de s'être développées aux dépens du système lymphatique. C'est ainsi qu'en 1888 dans un mémoire sur les varices lymphatiques et les lymphangiomes, Chipault (3) décrivait tous les cas pouvant se rapporter à ces deux affections qu'il confondait et réunissait dans un seul et même groupe morbide ; il distinguait : 1^o Les dilatations des ganglions (adénolymphocèles) ; 2^o Les dilatations des troncs superficiels ou profonds ; 3^o Les dilatations des réseaux dermiques ou profonds. Cette classification purement anatomique tenait encore moins compte que la précédente des différences cliniques, étiologiques et même histologiques qui existent entre les diverses affections qu'elle comprenait.

Or il en est une parmi elles que les dermatologistes ont bien nettement individualisée, et que les auteurs anglais ont décrite les premiers sous le nom de *lymphangiome circonscrit* ; elle a été rangée par Wegner dans ses lymphangiomes caverneux, par Chipault dans ses dilatations des réseaux dermiques. Le cas que nous venons d'observer en est un exemple des plus rares, développé sur la muqueuse buccale, et c'est à cette variété de lymphangiome que nous allons limiter cette étude.

Ce travail se divisera donc en trois parties :

Dans une première partie nous exposerons rapidement l'état actuel de nos connaissances sur le lymphangiome circonscrit de la peau.

Dans une deuxième partie nous étudierons complètement le lymphangiome circonscrit des muqueuses en prenant pour point de départ notre cas personnel.

Dans une troisième partie nous discuterons la nature réelle de cette affection et les diverses théories qui ont été émises à son sujet.

(1) VIRCHOW. *Ueber die krankhaften Geschwülste*, 1867, Bd III, p. 487.

(2) WEGNER. *Ueber Lymphangiome. Langenbeck's Archiv*, 1876, Bd XX, p. 643.

(3) CHIPAULT. *Varices lymphatiques et lymphangiomes. Gaz. hôp.*, 1888.

PREMIÈRE PARTIE

Le lymphangiome circonscrit de la peau.

HISTORIQUE

Le 1^{er} cas de lymphangiome circonscrit de la peau qui ait été décrit a été publié par Tilbury Fox et Colcott Fox (1) ; il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans qui présentait une éruption de vésicules claires localisées aux cuisses et à la région périnéale ; elles s'étaient formées progressivement depuis les premiers mois de sa vie ; cette observation fut publiée en 1879 sous le nom de « *lymphangiectodes* ».

L'année suivante, Hutchinson (2) rapporta à la Société de pathologie de Londres deux cas analogues : le premier était celui d'un jeune garçon de 10 ans, offrant au menton une éruption d'éléments composés de la réunion de vésicules remplies de liquide clair, à la surface desquelles rampaient des touffes de capillaires variqueux ; le second malade était un enfant de 6 ans, qui présentait à l'épaule gauche la même éruption de vésicules tantôt claires, tantôt teintées de sang, indolentes et sans la moindre réaction inflammatoire, à aucun moment de leur évolution. Hutchinson crut pouvoir penser au lupus en présence de cette affection qu'il dénomma *lupus lymphaticus*. Il en publia peu de temps après un 4^e cas (3).

En 1883, Körner (4) fait connaître le 1^{er} cas observé en Allemagne.

En 1889, Colcott Fox (5) en publie un nouveau sous le nom de *lymphangiectasis*.

La même année, Malcolm Morris (6) fait paraître dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, fascicule I, une intéressante observation sous l'étiquette de *lymphangiome circonscrit* : la malade était une enfant de sept ans ; les lésions siégeaient au niveau de la région scapulaire gauche, et elles étaient formées par des amas de vésicules qui paraissaient verruqueuses à un examen superficiel. On ne put pas faire d'étude histologique de ce cas ; mais pour combler en partie cette lacune l'auteur relate dans son article les conclusions du

(1) TILBURY FOX and COLCOTT FOX. *Lymphangiectodes. Path. Soc. Transact.*, vol. XXX, p. 470, 1879.

(2) HUTCHINSON. *Transact. Path. Soc.*, vol. XXXI.

(3) HUTCHINSON. *Infective lymphangioma. Illustr. of clinical surgery*, vol. I.

(4) KÖBNER. *Verhandlungen d. Berlin. med. Gesellschaft*, 1883, p. 139. Analyse in *Ann. Derm. et Syphil.*, V, 1884, p. 293.

(5) C. FOX. *Lymphangiectasis. Illustr. med. News*, 1889, p. 73.

(6) MALCOLM MORRIS. *Lymphangioma circumspectum. Atlas international des maladies rares de la peau*, n° 1, 1889.

D^r Sängster à propos des deux premiers cas d'Hutchinson. Cet histologiste « trouva dans la couche papillaire du derme, des espaces ampullaires allongés dont l'extrémité la plus étroite était dirigée en bas. Quelques-uns de ces espaces étaient vides, d'autres étaient partiellement ou entièrement remplis d'une substance granuleuse amorphe renfermant un petit nombre de leucocytes. Des espaces plus petits et de forme plus régulière, présentant l'apparence de vaisseaux lymphatiques dilatés, étaient situés dans les parties plus profondes de la peau ».

« Quant à la nature de ces espaces, le D^r Sangster pense que les plus profonds étaient des canaux naturels dilatés (lymphatiques ?) tandis que les cavités superficielles, irrégulières, paraissaient être véritablement lacunaires et provenir peut-être de la distension et de la rupture des espaces lymphatiques de la couche papillaire du derme. »

Parlant ensuite des cas de cette affection qui ont déjà été publiés, le D^r Malcolm Morris dit que les D^rs Radcliffe Crocker et Hayes, puis M. Walsham en ont montré quatre cas à la Société médicale de Londres. L'auteur termine son article par une courte réfutation des idées d'Hutchinson qui veut rapprocher cette maladie du lupus.

En 1890, Finch Noyes et Török (1) dans un mémoire fort remarquable, reprennent l'étude de tous les cas antérieurs, en s'appuyant sur un fait personnel, bien observé. La question entre alors dans une phase nouvelle, et le lymphangiome circonscrit prend droit de cité parmi les tumeurs de la peau. Ces auteurs montrent que le processus morbide se développe aux dépens des vaisseaux lymphatiques, et qu'il consiste en une véritable néoplasie de l'endothélium lymphatique avec néoformation de cavités lymphatiques, qui se dilatent.

Discutant et comparant entre eux les faits qui se rapprochent du leur par leurs caractères cliniques et histologiques, ils rangent dans un seul et même groupe tous les cas que nous venons de relater, et ils leur donnent le nom de lymphangiome capillaire variqueux de la peau, pour les distinguer d'autres faits également décrits sous la dénomination de lymphangiome, par Kaposi (2), Pospelow (3), Van Harlingen (4), et qui en diffèrent totalement. Nous avons déjà déclaré que nous ne nous occuperions pas de ces dernières catégories de

(1) FINCH NOYES und TÖRÖK. Lymphangioma circumscriptum (Lymphangioma capillare varicosum). *Monatshefte f. prak. Dermatol.*, Bd XI, 1890, p. 51.

(2) KAPOSI. Lymphangioma tuberosum multiplex. *Lehrb. d. Hautkrankheiten, et Path. des mal. de la peau*. Trad. Besnier et Doyon, 1891, II, p. 365.

(3) POSPELOW. Lymphangioma tuberosum cutis multiplex. *Vierteljahrssch. f. Dermat. u. Syph.*, 1879, VI, p. 521.

(4) VAN HARLINGEN. *Diseases of the Skin*, 1888, p. 504.

lésions, nous limitant à l'étude de la première dans laquelle rentre notre cas.

Après ce travail de Noyes et Török parurent de nouvelles observations : en 1890, deux cas de Schmidt (1), à Berlin ; un de A. Jamieson (2) à Edimbourg ; en 1891, un cas d'Elliot (3) ; en 1892, un autre de Hartzell (4) ; ces différentes observations portaient l'étiquette de lymphangiome circonscrit.

Vers la même époque, de Smedt et Bock (5) (de Bruxelles) présentaient au Congrès de Berlin de 1890 une observation de lymphangiome circonscrit. En s'appuyant sur l'étude histologique qu'ils en avaient faite, ils crurent pouvoir mettre en doute la nature lymphatique de la néoplasie : pour eux, elle se serait développée aux dépens du système sanguin ; aussi proposèrent-ils pour cette affection le nom d'*angiome hystique de la peau*. En même temps, M. E. Besnier (6) démembrait le groupe du lymphangiome circonscrit des auteurs anglais, lymphangiome capillaire variqueux de Noyes et Török, et pour des raisons cliniques et histologiques sur lesquelles nous aurons bientôt à insister assez longuement, il considérait comme étant des pseudo-lymphangiomes les cas de Colcott Fox, de Schmidt, de Noyes et Török, et il pensait pouvoir en faire des hématangiomes. Dans une communication qu'il fit la même année en 1891 à la Société française de dermatologie, à propos d'un malade atteint de cette affection, M. le Dr Thibierge (7) soutint également l'opinion que « les faits de ce genre doivent être distraits du groupe assez confus auquel des dermatologues anglais ont donné le nom de lymphangiome circonscrit ». Pour cet auteur, il s'agit de lésion en rapport avec le système vasculaire sanguin et non avec le système lymphatique.

Donc, dès ce moment, deux opinions contradictoires étaient en présence au sujet de cette affection, l'une soutenue par les auteurs anglais et allemands, d'après laquelle il s'agissait bien de lymphangiomes, l'autre appuyée de la haute autorité de M. E. Besnier, affirmant l'origine vasculaire sanguine de ces tumeurs. Nous aurons à discuter tout à l'heure ces deux théories.

(1) SCHMIDT. Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1890, p. 529.

(2) A. JAMIESON. Lymphangioma circumscribed. *Edim. med. Journ.*, 1890, p. 269.

(3) ELLIOT. *N.-Y. med. Record*, may 1891.

(4) HARTZELL. Lymphangioma circumscribed. *The med. News*, january 1892.

(5) DR SMEDT et BOCK. Contribut. à l'étude du lymphangiome circonscrit. *Journal de la Soc. roy. des Sc. méd. et natur. de Bruxelles*, 1891.

(6) E. BESNIER et DOYON. Note in Trad. des *Maladies de la peau de KAPOSI*, 1891, II, p. 366.

(7) THIBIERGE. Un cas de lymphangiome circonscrit des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique). *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1891, II, n° 11.

Depuis cette époque de nouvelles observations ont été publiées; citons celles d'Adam (1), de Robinson (2), les 5 cas de Leslie Roberts (3), celui de Meissner (4), celui de Gilchrist (5), qui tous se rapportent par leurs caractères cliniques et histologiques (3 cas de Roberts ont été étudiés au microscope) à la description de Noyes et Török, qui peut servir de type.

Dans un second mémoire, paru en 1892, Török (6) a réfuté la théorie angio-hématogène de E. Besnier, Thibierge, de Smedt et Bock. Enfin tout récemment Freudweiler (7), à propos d'un cas personnel parfaitement bien observé, a repris à nouveau cette étude, et est arrivé à des conclusions analogues à celles de Török.

DESCRIPTION DU LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA PEAU

En s'appuyant sur toutes les observations indiscutables actuellement connues de cette affection, et sans rien préjuger de la nature réelle des lésions, on peut résumer ainsi qu'il suit ses principaux caractères.

Le lymphangiome circonscrit débute ordinairement dans les premiers temps de la vie par de petites vésicules, qui se groupent en placards, et restent d'abord isolées les unes des autres; puis elles se rapprochent au point de se confondre et de se conglomérer. Elles suivent une évolution en quelque sorte cyclique, et présentent des alternatives d'accroissement et de diminution pour aboutir en définitive à l'affaissement graduel, et à la résorption presque complète.

Leur forme est arrondie, globuleuse, assez régulière, parfois un peu ovalaire ou pyriforme: elles peuvent être aplatis latéralement par pression réciproque.

Leur aspect est celui de perles à contenu le plus souvent translucide et l'épiderme qui les recouvre est souvent épaisse, d'apparence verrueuse; parfois il est aminci et semble n'exister qu'à l'état de fine pellicule transparente. Cette pellicule est presque toujours lisse et comme régulièrement tendue; parfois elle est sillonnée d'une sorte

(1) ADAM. Lymphangiome circonscrit. *Brit. med. Journal*, déc. 1893.

(2) ROBINSON. The N.-Y. Dermat. Soc., sept. 1894. Analyisé in *Ann. Dermat.*, 1895, p. 578.

(3) LESLIE ROBERTS. Five cases of lymphangiome. *The Brit. Journ. of dermat.*, VIII, n° 94.

(4) MEISSNER. Cysthygroma verrucosum. *Dermat. Zeitschrift*, 1895, p. 240.

(5) GILCHRIST. Two rare cases of diseases of the skin. *Hopkins Hosp. Bulletin*, 1896, p. 138.

(6) TÖRÖK. Ueber die kapillären Lymphangiome der Haut, etc... *Monatsh. f. Prakt. Dermat.*, Bd XIV, 1892, p. 169.

(7) FREUDWEILER. Lymphangioma circumscripum seu cystoides cutis. *Archiv f. Dermat. u. Syph.*, Bd XLI, 1897, p. 323.

de fin carrelage, résultat de la conglomération de vésicules voisines qui ont constitué une vésicule plus grosse et cloisonnée.

Dans quelques cas, à la surface de certaines de ces vésicules, on voit ramper des touffes de capillaires sanguins ; mais il est bien plus fréquent de n'observer ces télangiectasies sanguines qu'à la base même des vésicules, sous leur plancher : on les aperçoit alors par transparence, sous la forme de points rouges, bleus ou violacés, situés d'ordinaire à la partie médiane du fond de la vésicule.

Le contenu de ces vésicules est parfaitement limpide ; lorsqu'on les pique, il s'en écoule un liquide aqueux, présentant tous les caractères chimiques et histologiques de la lymphe, et qui sort en quantité plus abondante que ne semblait le faire prévoir la capacité approximative de la vésicule ponctionnée ; puis le liquide, d'abord clair, se mélange de sang ; et enfin, *l'écoulement s'arrête spontanément* ; il n'y a pas à proprement parler de lymphorrhée.

Mais assez fréquemment la néoplasie n'est pas seulement constituée par des vésicules transparentes : on y remarque aussi des vésicules rouges nettement hématiques, et quelquefois même de véritables nævi sanguins. C'est cette particularité qui a donné naissance aux erreurs d'interprétation que nous discuterons plus loin, et qui a conduit certains auteurs à considérer les lymphangiomes comme des tumeurs vasculaires sanguines. Freudweiler a démontré, comme nous le dirons tout à l'heure, que cet aspect était dû à la rupture des télangiectasies sanguines dans les vésicules claires.

Le lymphangiome circonscrit de la peau s'observe surtout au cou, à la racine des membres, supérieurs ou inférieurs, et vers la région génitale.

Il est indolent, et ne provoque de gène fonctionnelle des parties atteintes qu'à un degré assez avancé de son développement. Aussi est-ce généralement entre dix et trente ans que les malades viennent consulter pour cette affection. Ajoutons que l'excision, qui a souvent été pratiquée, n'a jamais été suivie du moindre accident, et que les tumeurs ne récidivent pas sur place.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est réellement facile : les caractères objectifs que nous venons d'esquisser sont tellement pathognomoniques, qu'il suffit d'en avoir vu un exemple ou même un moulage ou un bon dessin pour reconnaître immédiatement le lymphangiome circonscrit. Dans le cas fort improbable où, après y avoir pensé on hésiterait, la congénitalité de la lésion, son développement graduel, sans la moindre réaction inflammatoire, l'absence de tout trouble du côté de la sensibilité, etc., permettront de lever tous les doutes.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les divers examens histologiques de lymphangiome circonscrit de la peau qui ont été publiés jusqu'ici sont assez exactement comparables entre eux et ils répondent bien à ce que fait prévoir l'analyse clinique macroscopique des lésions.

Le microscope démontre que les vésicules sont des cavités kystiques qui se développent dans le derme sous-papillaire, et qui peu à peu, grâce à leur accroissement progressif, envahissent même les papilles dermiques. Ces cavités sont revêtues d'un endothélium continu ; elles renferment une substance granuleuse et quelques leucocytes.

L'épiderme est refoulé par ces dilatations : il ne subit qu'un léger processus irritatif, qui se traduit : 1^o par la prolifération des colonnes interpapillaires, lesquelles encadrent irrégulièrement les cavités kystiques, et 2^o par un certain degré d'hyperkératinisation.

L'accord entre les divers observateurs est un peu moins parfait à propos des modifications que subit le derme : quelques-uns y ont noté l'absence de tout phénomène inflammatoire (Freudweiler) ; d'autres au contraire ont rencontré des amas de cellules embryonnaires, qui déclent sans doute des inflammations secondaires ; il est probable qu'il ne s'agit dans ces cas que de véritables complications du lymphangiome pur. D'ailleurs il faut prendre garde de ne pas confondre avec des amas de cellules rondes inflammatoires, de lymphocytes, d'autres amas cellulaires qu'on voit souvent dans le derme, autour de capillaires sanguins, et qui sont constitués par des aggrégations de cellules endothéliales à noyau allongé ; ce sont des indices de la prolifération des endothéliums lymphatiques.

Le revêtement même des lacunes qui sillonnent le derme, se présente parfois sous l'aspect d'une couche pluricellulaire, et elle a dans ce cas cette même signification.

Les cavités kystiques qui sont plus superficielles, ont ordinairement un revêtement unicellulaire continu, lequel se prolonge sur les cloisons conjonctives minces et plus ou moins complètes, qui les divisent ; souvent dans le tissu conjonctif, formant la paroi de ces cavités, rampent des capillaires sanguins, variqueux, dilatés, gorgés de sang, dont la rupture se devine fatale par le simple examen histologique ; aussi rencontre-t-on des cavités qui renferment un mélange de matière lymphatique et de globules rouges, quelquefois même un véritable caillot sanguin. Ainsi sont expliqués par l'histologie les divers aspects macroscopiques de ces tumeurs.

Tel est le résumé assez précis de nos connaissances sur le lymphangiome circonscrit de la peau. Nous avons tenu à en retracer à grands traits l'histoire, afin d'avoir une base fixe pour l'étude et l'interpré-

tation du cas que nous avons observé et qui est surtout remarquable en ce que les lésions siègent sur la muqueuse buccale.

Certes nous n'avons pas la prétention de publier un fait unique : on verra dans ce qui va suivre que le lymphangiome circonscrit de la muqueuse linguale est déjà connu depuis assez longtemps. Mais on n'en a pas encore réuni les cas épars pour en dégager une étude synthétique, qui en montre l'identité avec le lymphangiome circonscrit de la peau. Certains auteurs sont même allés plus loin, et ils ont refusé au lymphangiome circonscrit la possibilité de siéger aux muqueuses ; c'est ainsi que Török rejette de son remarquable travail le cas de Schmidt, dont nous parlerons tout à l'heure, parce que celui-ci concerne un lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale et ne rentre pas dans le cadre du lymphangiome circonscrit de la peau. Et cependant entre ces deux localisations existe une similitude frappante, une identité absolue de caractères objectifs et de lésions histologiques, ce qui n'a d'ailleurs rien de surprenant : La muqueuse dermo-papillaire de la bouche et de la langue appartenant à la même famille embryologique que la peau, il est naturel de penser que toutes deux soient susceptibles des mêmes vicissitudes pathologiques et, en particulier, aptes aux mêmes néoplasies. Aussi bien le lymphangiome circonscrit se présente-t-il sur cette muqueuse et sur la peau avec des caractères identiques. On en trouvera la démonstration irréfutable dans la deuxième partie de ce travail.

DEUXIÈME PARTIE

Le lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale.

Voici tout d'abord le cas qu'il nous a été donné d'étudier et qui a été le point de départ de ce mémoire.

OBSERVATION PERSONNELLE

Description macroscopique. — G..., âgé de 17 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Broca le 18 octobre 1897, envoyé par le Dr Châtelier, pour demander notre avis à propos de lésions déjà anciennes de la langue et du voile du palais. Sur la face dorsale de la langue on voit, à gauche du raphé médian, s'étendant sur toute la moitié postérieure de l'organe, une tumeur allongée, de la forme générale d'un boudin, de 6 à 7 centim. de longueur. Elle forme une saillie de 1 centim. et demi environ au-dessus du niveau de la muqueuse normale. Ses contours sont assez peu nets ; quoiqu'elle ait une forme franchement globuleuse, la néoplasie se confond en somme assez insensiblement en dehors avec les parties saines ; en dedans elle descend à pic sur la ligne médiane.

Sa surface est irrégulière ; on y voit des bosselures variables dont

nous reparlerons. Elle présente en son milieu une sorte d'étranglement transversal, de grand sillon, qui la divise en deux parties principales : la partie antérieure est elle-même divisée par un petit sillon secondaire antéro-postérieur. La partie postérieure, d'ailleurs moins accessible à la vue, est fortement divisée par d'autres sillons plus accusés que le précédent ; en somme, toute la surface de la néoplasie offre des sillons secondaires qui la vallonnent en quelque sorte. Telle est la configuration générale de la tumeur.

Sa consistance est remarquable par sa dureté réellement ligneuse. La coloration générale est celle de la langue.

En l'examinant d'assez près, on remarque tout d'abord l'absence des papilles linguales normales. Mais on voit que sa surface est hérissée de petites bosselures inégales et irrégulières, à contours arrondis, à sommet aplati ou acuminé, et de volume variable : les plus petites sont véritablement miliaires, et ont l'aspect de grains de semoule ; les plus grandes atteignent les dimensions d'une petite lentille ; la plupart sont, comme volume, intermédiaires aux précédentes.

Sur les bords de la tumeur, ces bosselures sont isolées les unes des autres ; quelques-unes s'y érigent toutes droites. Sur la surface même de la tumeur, elles sont plus souvent groupées en forme de bouquets, ou simulent des mosaïques.

Les parois de certaines de ces vésicules paraissent assez épaisses et résistantes, d'autres au contraire semblent limitées par une pellicule translucide de la plus extrême minceur : quelques-unes ont leur surface libre parcourue de fins sillons qui leur donnent un aspect polyédrique, qui laisse deviner un cloisonnement intérieur.

Leur couleur est en général blanchâtre, opalescente ou claire ; les plus petites ressemblent à des grains de semoule, quelques-unes dont le contenu est franchement hémorragique, ont une teinte violacée. En les regardant avec une grande attention, on s'aperçoit que presque toutes les vésicules translucides présentent en leur centre un point hémorragique, qu'on distingue par transparence : ce caractère manque notamment sur les vésicules indépendantes du bord de la tumeur. En avant et à gauche de celle-ci, l'une de ces bosselures offre, par l'aspect de son contenu rouge noirâtre, étalé et à bords diffus, comme irradiés, l'image d'un nævus sanguin.

Sur le voile du palais, également à gauche et tout à fait en arrière, on distingue une infiltration en nappe de la même néoplasie : en voici la configuration et les limites approximatives : elle se termine *en avant* par une ligne indécise, *sur le côté interne* par une ligne plus nette qui en avant déborde de quelques millimètres la ligne médiane, puis recule en arrière en dehors et à gauche pour laisser indemne la luette, et enfin plonge dans le pharynx, en occupant la région des piliers du voile devenus méconnaissables ; *en dehors*, par une ligne sinuuse vers les confins des gencives et de la joue. Toute la partie postérieure de la tumeur palatine est composée de saillies mamelonnées d'un volume variable allant de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; elles sont contiguës, mais distinctes, translucides, ressemblant à des sortes de vésico-bulles à parois

polyédriques ; certaines d'entre elles sont nettement constituées par l'agglomération de bouquets de petits éléments perlés, les uns opalins, les autres hémorragiques. Toutes limitent la tumeur en arrière ou sur les côtés, et dessinent nettement ses contours à pic sur les parties saines du pharynx. En avant au contraire, ainsi que nous l'avons dit, la tumeur s'étale sans limites précises ; on reconnaît sa présence à la teinte du voile d'un rouge plus vif, et à l'existence de petits grains semblables à ceux de la langue, grains de semoule blanchâtres ou plus souvent violacés. A ce niveau, la consistance de la tumeur n'a rien de spécial ; en arrière au contraire les bourgeons proéminents donnent au toucher une sensation de dureté.

Cette tumeur n'est nullement douloureuse ni spontanément, ni à la pression ; elle n'empêche ni la mastication, ni la déglutition, ni la respiration, ni la phonation, ces fonctions ne provoquent pas de douleur, mais simplement un certain degré de gêne ; les aliments épicés ne causent pas de sensation pénible.

Le néoplasme est congénital ; à la naissance il était constitué par de « simples petits points imperceptibles », dit le malade, qui petit à petit se sont développés et aggrégés. La tumeur est devenue un peu gênante par son volume depuis l'âge de 12 ans. Actuellement elle continue à évoluer ; le malade affirme qu'à chaque changement de saison, elle subit une sorte de turgescence, qui dure trois semaines ; elle est alors entièrement violacée, puis elle s'affaisse et reprend l'aspect habituel que nous avons décrit. Ces sortes de poussées fluxionnaires se reproduiraient régulièrement quatre fois par an.

Depuis deux ans ces lésions ont été traitées sans résultat par l'ignipuncture ; ces interventions ont peut-être contribué dans une certaine mesure à développer ou tout au moins à exagérer la consistance si dure de la tumeur.

Les ganglions sous-maxillaires gauches sont augmentés de volume.

En faisant déshabiller le malade, on est frappé de la présence d'arborisations télangiectasiques disséminées sur presque toute la surface du corps. Elles sont surtout nettes, à la nuque et à la partie supérieure du dos, où elles dessinent des lignes flexueuses et rougeâtres ; mais elles existent également, plus discrètes, sur la poitrine et aux avant-bras ; aux membres inférieurs, elles sont bleuâtres, et elles s'y accompagnent de varices vraies caractéristiques.

Notons en outre un nævus verruqueux à la nuque, un autre à la poitrine, un nævus pigmentaire du dos, un nævus vasculaire à la face postérieure de la cuisse droite.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal.

Nous avons ponctionné à deux reprises des vésicules choisies sur les bords de la tumeur : il s'en est écoulé un liquide aqueux, jaune citrin, arrivant assez abondamment pour nous convaincre que la quantité retirée par la pipette dépassait notablement la capacité de la vésicule ponctionnée. Au bout d'un certain temps, le liquide se colorait de sang, puis il venait du sang en apparence pur. L'écoulement cessait bientôt de lui-même. En examinant au microscope la première portion de liquide obtenue, nous

avons reconnu la présence de leucocytes en grande quantité, de petites granulations, et enfin de quelques hématies. Ce qui nous a conduit à considérer ce liquide comme étant de la lymphe.

Nous avons essayé de traiter ce malade par l'électrolyse : l'ignipuncture a déjà été employée chez lui sans le moindre succès : les vésicules ont été modifiées d'une manière assez lente, mais manifeste ; elles se sont affaissées, et ont même diminué de nombre, de telle sorte qu'aujourd'hui — après 17 séances d'électrolyse négative — la surface de la néoplasie ne présente plus tout à fait l'aspect que nous lui avions décris il y a trois mois, au moment où nous avons présenté le malade à la Société française de dermatologie (1). Mais la tumeur elle-même persiste, presque aussi volumineuse, certainement aussi dure sinon plus dure qu'au début du traitement ; les piqûres électrolytiques pratiquées avec des aiguilles longues, qui transfixiaient la néoplasie dans toute son étendue, sont restées insuffisantes. Aussi avons-nous résolu depuis quelques semaines de l'extirper chirurgicalement par morcellement. Une première excision a déjà été faite, qui n'a été suivie d'aucun accident : nous n'avons vu se produire ni lymphorrhée, ni hémorragie, et la réunion s'est faite par première intention.

Histologie pathologique. — A deux reprises nous avons enlevé des vésicules superficielles ; nous avons aussi examiné le dernier fragment que nous avons extirpé, et son volume assez considérable nous a permis de faire une étude complète de cette tumeur.

Nous avons déjà vu en étudiant le lymphangiome circonscrit de la peau (première partie de ce travail) que les principales discussions qui ont eu lieu sur la nature de cette tumeur, ont porté sur son origine histologique, les uns lui attribuant une origine vasculaire lymphatique, les autres une origine vasculaire sanguine. Aussi avions-nous pensé pouvoir peut-être terminer ces controverses par un argument décisif en décelant la forme de l'endothélium des cavités par la nitratation ; dans ce but, nous avons nitraté par les procédés ordinaires une des vésicules enlevées, et nous avons appliqué à une portion du fragment excisé la méthode que le professeur Renaut (2) (de Lyon) a indiquée pour l'étude des lymphatiques de la peau. Nos deux tentatives ayant échoué, nous avons dû nous contenter de l'examen attentif d'une vésicule et du fragment récemment excisé, l'un et l'autre fixés dans un mélange chromo-mercurique, et inclus à la paraffine.

A un faible grossissement, on voit que la tumeur est entièrement recouverte par l'épithélium de la muqueuse linguale ; celui-ci revêt directement des cavités kystiques, développées dans la couche des papilles choriales, entre les colonnes interpapillaires de l'épithélium malpighien. Ces cavités sont de dimensions très variables ; elles sont d'autant plus vastes qu'elles sont situées plus près de la surface ; elles repoussent devant elles l'épithélium, qui les recouvre toujours, les encapuchonnant en quelque sorte.

(1) BROCQ et LÉON BERNARD. Sur un cas d'hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais. *Ann. de dermatol.*, 1897, p. 1113.

(2) RENAUT. *Tr. d'histologie pratique*, Paris, 1897, II, p. 43 (note 2).

Au-dessous de cette couche, on voit du tissu fibreux qui la sépare des fibres musculaires, visibles à la base des coupes. Au sein de ce tissu fibreux, existent de nombreuses lacunes, très irrégulières de formes, et de capacité en général inférieure à celle des cavités superficielles. Ce sont ces différents points de la coupe qu'il nous faut maintenant étudier en détail.

L'épithélium de la muqueuse (fig. I, 2; fig. II, 4) est formé de ses couches normales, mais il a subi un processus d'irritation chronique, se traduisant par de l'hypertrophie et de la kératinisation. En effet, ses assises cellulaires à type malpighien normal sont recouvertes par des lames cornées peu épaisses, et entre ces deux couches on en voit une troisième composée de deux ou trois strates de cellules aplatis, à noyau colorable, et à protoplasma granuleux prenant l'acide picrique du picro-carmine.

D'autre part, cet épithélium présente une prolifération extrême, s'enfonçant dans la profondeur en colonnes épaisses, qui envahissent le chorion et contribuent à diminuer le champ des papilles, lesquelles sont étouffées entre ces piliers cellulaires et les cavités kystiques. Celles-ci refoulent progressivement l'épithélium et le distendent en quelque sorte progressivement à mesure qu'elles se développent; aussi les plus grandes sont-elles simplement revêtues à leur surface de deux ou trois assises cellulaires et de la lame cornée. Cet épithélium proliféré est d'ailleurs partout typique.

La zone papillaire du chorion n'a pas le même aspect dans les coupes de vésicules isolées, et dans celles du fragment de la tumeur. Dans les premières (fig. II) les papilles ont pour ainsi dire disparu: à leur place on voit ces grandes cavités kystiques, qui semblent communiquer les unes avec les autres, lorsqu'on suit les coupes en série, et qui ne sont séparées les unes des autres que par les prolongements de l'épithélium proliféré. Ce n'est qu'à la base même de la couche papillaire qu'on retrouve un peu de tissu conjonctif et les vestiges des papilles en quelque sorte étouffées.

En étudiant de près les cavités kystiques, on voit qu'elles ne sont pas toutes semblables: leur forme et leurs dimensions sont variables; leur grand axe est généralement allongé, perpendiculairement à la surface de la tumeur; mais plus proches de cette surface les plus dilatées sont plus ou moins arrondies. Leur contenu peut aussi varier: les plus grandes renferment une substance granuleuse, quelques globules blancs, et enfin vers leur partie basale (par rapport à la tumeur) des amas de globules rouges; d'autres cavités plus petites sont exclusivement remplies de granulations, d'autres enfin de globules rouges.

La constitution de leur paroi est constante: elles sont limitées par un endothélium continu, dont on reconnaît aisément les noyaux plats, allongés, et qui est en général immédiatement juxtaposé à l'épithélium de la muqueuse; quelquefois il en est séparé par de minces tractus conjonctifs; et au sein de ces derniers on voit des tânes de globules rouges, enfermés dans une gaine endothéliale; ce sont des capillaires sanguins, qui rampent le long des cavités kystiques, et qui paraissent prêts à y éclater. Enfin les grandes lacunes présentent à leur intérieur des cavités

secondaires, limitées par des cloisons, que les coupes permettent de voir sous la forme d'éperons, et qui sont constituées par une lame mince de tissu connectif tapissée sur ses deux faces par la couche endothéiale.

En suivant une série de préparations, nous avons pu voir sur un corps papillaire coupé perpendiculairement à son grand axe, les transformations successives qu'il subit et qui aboutissent à la production des cavités polycystiques. Sur les premières coupes, répondant par conséquent à la base de la papille, on voit ses vaisseaux sanguins et ses espaces ou vaisseaux lymphatiques, dont l'endothélium proliféré rend la lumière un peu indistincte. Les lumières dans les coupes suivantes deviennent de plus en plus nettes, de plus en plus larges, arrivent à se constituer en cavités, où se régularise l'endothélium pariétal; à la fin de la série, on voit un groupe confluent de ces cavités séparées entre elles par de simples cloisons, répondant à l'aspect clinique de vésicules à surface carrelée et à contenu translucide. D'ailleurs les coupes montrent que dans les cavités le contenu est purement granuleux et l'examen minutieux de ces séries de préparations prouve que les vaisseaux sanguins ne jouent aucun rôle dans le développement des cavités kystiques.

Dans les coupes qui ont été faites à travers le fragment de tumeur excisé (fig. I), l'aspect de la couche papillaire est un peu différent; et peut-être est-il bon de faire remarquer que lorsque cette dernière biopsie a été pratiquée nous avions déjà fait subir à la néoplasie un assez long traitement électrolytique. Quoi qu'il en soit, on rencontre encore ici dans quelques papilles les mêmes cavités kystiques avec leur même configuration; mais leur contenu est moins souvent hémorragique que dans les préparations que nous venons d'étudier: la plupart des cavités renferment des granulations et des leucocytes. Par contre, on observe presque toujours dans le voisinage des vaisseaux capillaires sanguins dilatés et gorgés d'hématies, situés le plus souvent à la base, sous le plancher même des vésicules. Toutes les papilles ne sont pas occupées par des kystes; un grand nombre d'entre elles présentent leur constitution habituelle, toutefois avec cette particularité qu'elles sont presque toujours parcourues dans toute leur hauteur par un vaisseau lymphatique des plus nets: ce vaisseau chemine le long de la papille, et est tapissé d'un endothélium à plusieurs couches de cellules dont la prolifération témoigne de la part active que prennent ces vaisseaux à la constitution des cavités. Nous en avons vu et représenté quelques-uns qui se terminaient par une extrémité renflée en masse, semblant représenter le premier stade de la dilatation kystique, et reproduisant assez nettement dans le sens longitudinal ce que nous avait montré la série des coupes transversales, dont nous avons précédemment parlé (fig. IV). Notons enfin que certains corps papillaires, au lieu de renfermer des cavités kystiques, ont l'aspect de véritables infarctus sanguins; leur tissu conjonctif est rempli d'hématies; ce sont de véritables foyers d'hémorragie intra-papillaire (fig. I, 5).

Dans les mêmes coupes, on peut étudier le tissu fibreux, qui constitue la base de la tumeur. Ses faisceaux et ses cellules ne présentent rien de particulier; mais il contient un assez grand nombre de lacunes de forme très irrégulière, et de capacité inégale; les unes sont bien isolées, les

autres rapprochées les unes des autres, au point de constituer par endroits une sorte de tissu caverneux ; elles sont toujours séparées les unes des autres par une couche conjonctive, plus ou moins mince. Leur paroi est constituée par des cellules endothéliales, dont on voit nettement sur les coupes les noyaux allongés et aplatis, ordinairement agglomérés en deux ou trois couches. Leur contenu est d'ordinaire exclusivement granuleux et leucocytique ; il est rare d'y voir des hématies, on n'y trouve jamais de véritables caillots sanguins.

Il ne semble pas exister de communication entre ces lacunes et les vaisseaux lymphatiques ; ceux-ci présentent un endothélium proliféré, souvent figuré en amas cellulaires, dont les éléments toujours de petit volume sont facilement reconnaissables à leur noyau allongé. Les vaisseaux sanguins, peu nombreux comparativement aux lacunes, paraissent normaux. Mais quelques-uns sont entourés de nodules de cellules embryonnaires, inflammatoires, dont nous avons rencontré deux ou trois amas sur la totalité de nos coupes.

Nous ne dirons qu'un mot des fibres musculaires, dont les plus superficielles ont été intéressées par nos coupes ; leur striation est peu nette ; elles ont un aspect vitreux, qui témoigne d'un certain degré de dégénérescence.

CONCLUSIONS DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DE NOTRE CAS

Si nous résumons maintenant les points principaux de cette analyse histologique, nous formulons les conclusions suivantes :

- 1^o Les cavités kystiques papillaires comme les lacunes sous-papillaires renferment de la lymphe ou du sang.
- 2^o Leur paroi présente un endothélium proliféré.
- 3^o L'endothélium des vaisseaux lymphatiques du chorion est également en voie de prolifération ;
- 4^o Nos coupes (voir la planche annexée à ce travail, fig. IV) montrent avec la dernière évidence que les pseudo-vésicules de la néoplasie se forment aux dépens de ces vaisseaux lymphatiques qui prolifèrent d'abord, puis se dilatent.

5^o Le rôle des vaisseaux sanguins est affirmé par leur présence à l'entour des kystes lymphatiques et par les foyers d'hémorragie intra-papillaire. Ceux-ci montrent que les vaisseaux peuvent se rompre au sein des papilles, comme les vésicules à contenu sanguin montrent qu'ils peuvent se rompre dans les kystes lymphatiques.

Ces données histologiques ainsi que l'aspect et l'évolution cliniques des lésions nous ont semblé concorder de tous points avec l'histoire du lymphangiome circonscrit de la peau, tel que nous l'avons esquissée au début de ce travail.

HISTORIQUE DU LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA MUQUEUSE BUCCALE

L'observation que l'on vient de lire n'est pas un fait unique. Le lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale a déjà été décrit; voici les principaux documents que nous avons pu recueillir sur cette curieuse lésion.

Le premier auteur qui ait attiré l'attention sur elle nous semble être Bryant, qui publia en 1882 l'observation que nous allons relater tout à l'heure. Toutefois M. Lannelongue (1), qui la cite dans son *Traité des affections congénitales*, en rapporte également une autre antérieure à celle-ci, mais qui jusqu'à lui avait passé inaperçue. Les voici toutes les deux, résumées, dans l'ordre chronologique de leur publication.

OBS. I (BALDY) (2). — Enfant nouveau-né : la cavité buccale était fort distendue, et ne pouvait se fermer, par suite de la présence d'une grappe de tumeurs de différentes grosseurs, situées sur la partie moyenne de la face dorsale de la langue. Elles en occupaient la plus grande partie et y faisaient une saillie notable. Elles ressemblaient d'une manière surprenante à une grappe de raisin non seulement par leur forme, mais aussi par leur teinte d'un jaune grisâtre ; elles étaient comme recouvertes d'une pellicule délicate. Cette similitude était encore rendue plus grande par ce fait que les vésicules globuleuses qui les constituaient décroissaient en volume suivant la disposition particulière aux grappes de raisin.

OBS II (BRYANT) (3). — Il s'agit dans ce cas d'une petite fille qui présente pendant sa première enfance un nævus de la langue absolument caractéristique. Cette lésion avait l'aspect et donnait la sensation d'une éponge vasculaire : elle formait une véritable tumeur, et de larges veines se dessinaient à sa surface ; la masse se réduisait par la pression des doigts.

A six ans, la tumeur se modifia rapidement, perdit son état spongieux, devint ferme, plus dure en certains points qu'en d'autres, et prit l'aspect d'une agglomération de verrues vésiculeuses remplies de liquide clair ou sanguinolent. A l'âge de dix ans, la dégénérescence kystique était fort avancée, mais limitée à la partie supérieure de la langue ; un gonflement indolore apparut à la région sous-maxillaire droite.

Cette évolution singulière fit que Bryant considéra cette maladie comme un nævus ayant subi une dégénérescence particulière. Et c'est sous la même étiquette que Butlin (4) fit connaître un cas semblable

(1) LANNELONGUE et MÉNARD. *Affections congénitales*, t. I, Paris, 1891.

(2) BALDY. Case of singular nævus maternus. *London medic. a. physic. Journ.* 1827, t. LVIII, p. 48.

(3) BRYANT. The surgical affections of the tongue. *Guy's Hospital Rep.*, 1882, t. XLI.

(4) BUTLIN. *Diseases of the tongue*, 1885.

(III), qu'il eut l'occasion d'observer. Cet auteur joint à sa description très courte une figure en couleurs, qui prouve de la manière la plus péremptoire qu'il s'agissait bien chez son malade de lésions absolument identiques à celles que présente le sujet que nous avons eu l'occasion d'étudier.

Enfin, Samter (1) publia dans ces derniers temps d'autres observations que nous allons résumer. Il est bon de faire remarquer que sous l'influence des travaux dont nous avons parlé dans la première partie de ce mémoire, il considéra ses cas comme des lymphangiomes.

Obs. IV (deuxième du mémoire de SAMTER). — Garçon de 11 ans, ayant depuis sa naissance sur la langue une petite excroissance d'abord du volume d'une tête d'épingle, puis qui grossit peu à peu. Dans ces derniers temps l'accroissement de la tumeur a été plus rapide; d'après le malade, elle présenterait des alternatives d'augmentation et de diminution; aux périodes d'augment, elle devient douloureuse.

État actuel : Au côté gauche de la langue, juste sur le bord, à égale distance de la base et de la pointe, se voit une tumeur à large base, en forme de champignon, s'élevant à peu près à 2 millim. au-dessus de la muqueuse voisine et du volume d'une petite cerise : sa couleur est identique à celle du reste de la langue; sa consistance est ferme. La surface est formée de très nombreuses petites papilles, entre lesquelles, à un examen plus approfondi, on remarque de très nombreuses vésicules grosses comme une tête d'épingle. En dedans de cette tumeur, près de la ligne médiane, on sent cachée sous la muqueuse linguale une nodosité dure, de la grosseur d'un noyau de cerise, au-dessus de laquelle la muqueuse est légèrement épaissie et blanchâtre. Pour le reste, la langue est tout à fait normale.

Excision au thermocautère. Guérison.

Examen microscopique. Le morceau enlevé était macroscopiquement et microscopiquement entièrement composé de cavernules sans paroi propre occupant la muqueuse, la sous-muqueuse, et même le muscle. En plusieurs endroits les cavernules subissent des changements de dimensions; sur leur paroi interne on voit çà et là des noyaux faire saillie. Les cavernules contenaient surtout une masse amorphe, légèrement granuleuse, où l'on trouvait quelques corpuscules lymphatiques isolés, çà et là du sang; on ne pouvait voir nulle part les thromboses lymphatiques de Wegner. Quelques cavernules se trouvaient entre deux papilles, parfois légèrement affaissées. Quelques-unes étaient encore formées de cavernules plus petites par l'intermédiaire d'un tissu d'union constitué par des cellules étoilées : ces lacunes secondaires étaient remplies d'extravasations lymphatiques et sanguines. Dans les couches plus profondes, le tissu conjonctif présente une infiltration cellulaire plus abondante qui s'étend presqu'entre les fibres musculaires. En plusieurs points, surtout entre les papilles, on trouve des vaisseaux sanguins dans l'intérieur des cavernules. L'épithélium est un

(1) SAMTER. *Archiv f. klin. Chir.*, 1891, t. XLI, p. 829.

peu plus épais que normalement, cependant il n'a subi nulle part de multiplication atypique.

Obs. V (SAMTER) (1). — Fillette de 10 ans, pas d'antécédents morbides ni héréditaires, ni personnels. Sa mère, à l'occasion d'une légère angine, lui inspectant la cavité buccale, y remarqua une saillie aplatie qui siégeait au milieu de la partie postérieure de la langue. Il y avait là, à la racine de l'organe, presque sur la ligne médiane, une tumeur qui dépassait de 3 à 4 millimètres le niveau de la muqueuse voisine ; sa consistance était dure, elle était assez nettement circonscrite comme surface externe, mais elle se perdait dans la substance de la langue sans qu'on pût bien déterminer ses limites. A la lumière réfléchie, elle avait un aspect granuleux, quelques-unes de ses bosselures, grosses comme des têtes d'épingles, étaient transparentes. La malade n'éprouvait aucune gêne fonctionnelle. On ne tenta aucune médication.

Dans son mémoire, Samter rapporte encore trois observations de lymphangiome de la langue, mais qui semblent différer de l'affection à laquelle nous voulons limiter notre étude. En outre, nous y trouvons deux observations de tumeurs semblables à la nôtre au point de vue clinique et histologique, mais situées sur la muqueuse des lèvres.

Or, si nous ne voulons pas nous borner à étudier spécialement le lymphangiome circonscrit de la langue, mais si nous étendons nos recherches bibliographiques aux lymphangiomes circonscrits de toutes les muqueuses, nous aurons à relever encore d'autres cas. Nous venons de noter deux observations de Samter ; il nous faut mentionner une observation de Schmidt (2) (lymphangiome circonscrit de la lèvre supérieure), une observation de Leroux (3) (face interne de la joue) qu'il rapporte dans sa thèse, ainsi que d'autres faits semblables au sien et qui ont été publiés par Labit (4) et par Moure (5).

Nous trouvons inutile de reproduire intégralement toutes ces observations dans ce mémoire déjà beaucoup trop étendu : disons seulement qu'elles sont absolument identiques à celles que nous venons d'analyser. Elles permettent donc, réunies à notre cas personnel, d'établir de la manière la plus formelle qu'il existe une affection des plus nettement définies comme origine congénitale, comme aspect clinique, comme lésions histologiques, digne du nom de lymphangiome circonscrit, qui a été déjà bien étudiée dans ses localisations cutanées, et qui peut aussi s'observer aux muqueuses de la langue, du voile du palais, du pharynx, des joues et des lèvres.

(1) *Loc. cit.*

(2) SCHMIDT. Beiträge zur Kenntniss des Lymphangiome. *Archiv f. Dermatologie u. Syph.*, 1890, n° 4 et 5, p. 529.

(3) LEROUX. *Le lymphangiome de la cavité buccale*. Th. Bordeaux, 1893.

(4) LABIT. *Rev. de laryngologie, d'otol. et de rhin.* In th. LEROUX.

(5) MOURE. *Ibid.*

RÉSUMÉ DES CARACTÈRES DU LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DES MUQUEUSES

Quand il siège sur les muqueuses, le lymphangiome circonscrit ne diffère guère de celui de la peau ni comme aspect, ni comme évolution. Comme celui de la peau, c'est une affection congénitale, caractérisée par la présence de vésicules de volume variable et de formes diverses, à contenu limpide ou hémorragique. Ici, comme pour la tumeur cutanée, la prédominance plus ou moins grande des vésicules hémorragiques peut être une cause d'erreur d'interprétation, comme nous aurons à le démontrer bientôt. Toutefois pourrait-on peut-être penser que la part du système vasculaire sanguin est plus importante dans la constitution du lymphangiome lingual que dans celle du lymphangiome cutané ; l'observation de Bryant est à ce point de vue intéressante, en ce sens que les productions hématoïdiennes avaient été au début prédominantes à ce point que les tumeurs lymphatiques avaient passé inaperçues. Nous pensons en effet avec M. Lannelongue que rien ne démontre que « les kystes agglomérés, qui par leur développement, semblent avoir fait disparaître la dilatation des vaisseaux sanguins, proviennent de ces vaisseaux sanguins eux-mêmes. Tout porterait plutôt à penser que l'hypertrophie linguale était due primitivement à des ectasies isolées, les unes sanguines, les autres lymphatiques ». Toutes ces particularités sont bien nettes dans notre cas, où de temps en temps la tumeur vésiculeuse lymphatique devient turgescente, et se gorge de sang ; si on l'examinait à ce moment, on serait probablement conduit à un autre diagnostic, et à une interprétation des phénomènes différente de celle dont nous espérons démontrer tout à l'heure le bien fondé. Toutefois, ces alternatives de turgescence et d'affaissement, d'augment et de diminution, qui se sont rencontrées chez un des malades de Samter comme chez le nôtre, nous semblent devoir être signalées, au point de vue clinique, comme une des particularités propres au lymphangiome circonscrit de la langue.

Un autre caractère qui lui est spécial et qu'on ne trouve pas indiqué dans les descriptions du lymphangiome cutané, c'est le développement de tissu fibreux. Il en résulte qu'ici les vésicules ne sont pas situées à fleur de muqueuse — qu'on nous passe l'expression — mais bien sur un plan surélevé par rapport au niveau des parties saines, et que l'ensemble des lésions forme tumeur à proprement parler. Ce caractère est surtout net dans notre cas ; mais à la vérité le traitement antérieur par les pointes de feu entre peut-être pour une certaine part dans le développement réellement excessif du tissu fibreux. En dehors de ces quelques points de détails intéressants à signaler, la descrip-

tion clinique et histologique du lymphangiome circonscrit buccolingual peut se superposer point pour point à celle du lymphangiome circonscrit de la peau.

Il est donc parfaitement inutile que nous reproduisions ici les tableaux clinique et histologique que nous avons tracés de cette affection dans la première partie de ce travail.

TROISIÈME PARTIE

Nature réelle du lymphangiome circonscrit.

Mais pour être complets nous devons maintenant aborder la discussion des diverses opinions qui ont été émises sur la nature de ces tumeurs.

Cette discussion a porté sur deux points, que nous essaierons d'élucider tour à tour : 1^o On s'est demandé aux dépens de quel tissu était constituée la tumeur dite « lymphangiome circonscrit » ; nous savons déjà que la plupart des auteurs, surtout à l'étranger, en font une tumeur lymphatique, tandis qu'en France, on a plutôt de la tendance à lui attribuer une origine vasculaire sanguine ; 2^o On s'est aussi demandé si ces lésions étaient uniquement formées aux dépens des éléments préexistants du tissu envahi, ou s'il y avait néoformation d'éléments nouveaux, s'il y avait néoplasme au vrai sens du mot.

1^o Le lymphangiome circonscrit est-il un véritable lymphangiome pur ou bien un hémangiome, ou un hémoato-lymphangiome ?

Les premiers auteurs qui aient fait une étude quelque peu approfondie de cette maladie (M. Morris, Hartzell, F. Noyes et Török) avaient conclu à sa nature lymphangiomateuse, en s'appuyant sur l'aspect clinique des lésions et sur leurs examens histologiques. Cette opinion avait généralement été adoptée par les auteurs étrangers qui s'étaient occupés de cette question, lorsque presque simultanément, en France M. le Dr E. Besnier, en Belgique MM. de Smedt et Bock, soutinrent une théorie contraire.

Notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, dans son si remarquable article de la 2^e édition des leçons de Kaposi, sépare tout d'abord les lymphangiectasies des lymphangiomes, puis il dissocie cette dernière classe de tumeurs, où, d'après lui, on a fait rentrer des cas qui ne sont que des pseudo-lymphangiomes.

I. — Parmi les PSEUDO-LYMPHANGIOMES, l'éminent maître de l'hôpital Saint-Louis range :

1^o Une maladie tout à fait différente de celle qui nous occupe, et qui a été décrite par Kaposi, Pospelow et van Harlingen sous le nom de lymphangiome tubéreux multiple, par Török sous celui de lymphangiome tubéreux (cas de Kaposi) et de lymphangiome caverneux (cas de Pospelow, de van Harlingen). M. le Dr E. Besnier pense avec raison que ces cas forment un groupe morbide bien défini, que des travaux récents ont tout à fait mis en lumière, et dont l'un de nous a tout récemment fait connaître un superbe exemple sous le nom d'*épithéliome kystique bénin* (Jacquet) ou de *cystadénomes épithéliaux bénins* (E. Besnier) : c'est une maladie totalement différente de celle que nous étudions en ce moment; aussi la laisserons-nous complètement de côté.

2^o D'autres cas, au contraire, qui relèvent de la maladie que nous étudions ici, et auxquels M. le Dr E. Besnier donne les noms de *hématangiomes lymphangiomatoïdes*, *kératoïdes*, *angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme*; ce sont les cas de C. Fox, de J. Hutchinson, de Schmidt, de Noyes et Török; il les discute avec le plus grand soin, émet des doutes sur leur nature lymphatique et a de la tendance à les considérer comme des hématangiomes.

II. — En opposition avec ces cas, M. le Dr E. Besnier en rapporte d'autres, qu'il classe parmi les lymphangiomes caverneux de Wegner et qui constituent sa classe des *dermato-lymphangiomes*; pour lui ces cas seuls méritent le nom de *lymphangiome circonscrit*. Mais on a quelque peine à comprendre les motifs précis pour lesquels notre maître a nettement séparé ces faits de ceux qu'il a placés dans sa classe des *pseudo-lymphangiomes*; il reconnaît lui-même en termes excellents (page 381) que, « prise tout à fait à l'origine, l'altération ne paraît pas présenter les caractères d'une maladie lymphatique; elle semble être un *hématangiome* ».

III. — A côté des lymphangiomes caverneux, M. Besnier place, suivant la classification de Wegner, les *lymphangiomes cystoïdes*. Ce sont les kystes séreux de la pathologie chirurgicale, et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Quelque temps après la publication du travail de M. le Dr E. Besnier, M. le Dr Thibierge (1) présenta un malade, qui venait, au sujet du lymphangiome circonscrit, confirmer les idées de son maître. Les arguments développés par ces auteurs peuvent être résumés de la manière suivante.

1^o *L'évolution clinique des lésions serait plutôt en rapport avec une origine vasculaire sanguine qu'avec une origine lymphatique: « le mode de développement des lésions, leur coloration initialement rouge, due à la présence du liquide sanguin, leur décoloration progres-*

(1) THIBIERGE. *Loc. cit.*

sive et leur transformation en une sorte de petit kyste séreux prouvent bien qu'elles sont en connexion avec le système sanguin et non avec le système lymphatique» (Thibierge). De même M. le Dr E. Besnier insiste sur le début des lésions par de petites éminences pourpres, qui ultérieurement coalescent et deviennent verruqueuses. Ces auteurs pensent donc que les lésions se développent aux dépens du système sanguin; ce sont des lacunes à contenu sanguin, lequel subit une dégénérescence séreuse, qui leur donne cette apparence de vésicules claires qu'elles présentent par la suite.

Parmi les cas que nous avons rapportés de lymphangiome de la langue, il en est un, celui de Bryant, qui pourrait également être invoqué comme un argument en faveur de la théorie angio-hémato-gène du lymphangiome circonscrit; ici la transformation séreuse se serait faite sous l'œil même de l'observateur. Nous avons déjà dit quelle interprétation, différente de celle-ci, devait être donnée, à notre sens, de ce phénomène. Le nævus vasculaire sanguin coïncidait sans doute avec des vésicules lymphatiques qui avaient passé inaperçues, et qui se sont ensuite graduellement développées à mesure que se produisait la régression du nævus. Dans notre cas, nous n'avons observé rien de semblable; nous n'avons vu aucune vésicule primitivement hémorragique devenir claire; à la vérité, nous n'avons pas davantage contrôlé l'évolution contraire; cela tient peut-être à ce que le traitement électrolytique appliqué immédiatement a entraîné rapidement la régression des vésicules, et nous a empêchés d'assister à leur évolution naturelle.

Mais d'autres auteurs ont pu vérifier l'évolution primitivement lymphatique, secondairement sanguine. En effet, aucun des partisans de la théorie lymphatique n'a dénié aux vaisseaux sanguins toute participation à la maladie. L'étude des coupes histologiques comme l'examen des vésicules montre que les deux systèmes jouent un rôle dans le processus morbide. Comme nos prédecesseurs, nous avons constaté chez notre malade la coexistence de vésicules claires, de vésicules hémorragiques, et de vésicules claires avec point central hémorragique. A ces trois aspects objectifs répondent trois ordres de lésions que l'on peut vérifier sur les coupes: on y voit en effet des cavités à contenu granuleux et lymphocytaire, des cavités à contenu hémorragique, et des cavités à contenu granuleux reposant à leur base sur des capillaires dilatés, qui sont vus cliniquement par transparence au centre même de la vésicule.

Mais dans quel ordre chronologique se produisent ces lésions?

Cliniquement, Freudweiler a pu suivre le processus en prenant des décalques à intervalles plus ou moins éloignés; il s'est convaincu ainsi que les vésicules hémorragiques sont secondaires, que les vésicules d'abord lymphatiques se remplissent parfois brusquement de sang, et

deviennent ainsi des vésicules hémorragiques. Mais c'est surtout l'histologie qui peut nous guider pour répondre à cette question.

2^e M. Jacquet dit qu'il a observé dans un cas la transformation très nette des kystes sanguins en kystes séreux. — Nous nous demandons si l'on peut par cela seul qu'on constate qu'il y a sur une coupe des kystes à contenu hémorragique à côté de kystes à contenu lymphatique, tirer de ce simple fait de pareilles conclusions.

Ce qu'il faudrait démontrer, c'est que les kystes se forment réellement aux dépens des vaisseaux sanguins, et c'est ce qui n'a pu être fait : « Le point obscur, dit M. le D^r E. Besnier, est le mode de formation des lacunes à contenu sanguin ; le premier stade serait la dilatation des capillaires, constatée dans les papilles (point pourpre) ; ultérieurement, rupture, extravasation intra-dermique, ou intra-papillaire, etc. » Or, les extravasations ne constituaient pas des lacunes sanguines à revêtement endothérial continu, revêtement dont on constate toujours l'existence sur les coupes : nous avons rencontré, comme tous les observateurs, des capillaires dilatés ; nous avons vu également des extravasations intra-papillaires. Et ces foyers d'infarctus nous semblent mettre en lumière le rôle joué par le système sanguin dans cette affection : les capillaires dilatés se rompent facilement, soit dans les mailles du tissu conjonctif, où ils constituent les infarctus, soit dans les lacunes formées déjà aux dépens des vaisseaux lymphatiques, qu'ils transforment alors en des lacunes à contenu sanguin.

Ainsi s'explique le mode de formation de celles-ci, sans recourir à l'explication, toutefois possible aussi, que l'envahissement des vésicules par le sang se fait accidentellement, au cours de l'excision biopsique (Török).

Cependant de Smedt et Bock, qui avaient été frappés de la même évolution clinique, ont cru trouver dans leurs coupes le desideratum que nous formulions tout à l'heure ; ils ont cru voir la transformation des « artères » des papilles en cavités kystiques à globules rouges. En réalité ils ont vu des capillaires dilatés et des kystes, mais rien ne démontre dans leur exposé la réalité des rapports étroits qu'ils établissent entre ces deux éléments. La planche, qui accompagne leur mémoire, ne nous fournit aucun renseignement précis qui vienne à l'appui de leur conclusion.

Il nous semble au contraire avoir trouvé dans nos coupes (voir fig. IV) la preuve que les dilatations se produisent dans les papilles aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Les histologistes ne sont pas tous d'accord sur le point de savoir si normalement les lymphatiques pénètrent dans les papilles dermiques ; outre que les plus récents travaux répondent d'une manière positive à cette question, nous pensons qu'en l'espèce elle a peu d'importance, car il est toujours possible d'admettre qu'à l'état pathologique les lymphatiques du derme

peuvent pousser des prolongements jusque dans les papilles. Quoi qu'il en soit, nous avons constaté d'une manière incontestable d'une part l'existence même de ces vaisseaux, d'autre part leur transformation en dilatations kystiques. Apparaissant sur certaines coupes dans leur sens longitudinal axial, ils montrent leur terminaison en masse à l'extrémité de la papille : on voit le vaisseau se dilater, et c'est cette dilatation qui constitue le premier stade de la vésicule.

La confirmation de ce fait est fournie par l'étude des coupes en séries, qui intéressent les papilles dans un plan perpendiculaire à leur axe : nous rappellerons que nous avons pu suivre dans une série de coupes successives, les transformations qui aboutissent, en partant des lymphatiques de la base d'une papille, aux dilatations kystiques multiples situées vers son sommet. Freudweiler sur ses coupes a fait les mêmes constatations. Toutefois il faut bien dire que la plupart du temps la communication entre le vaisseau lymphatique et le kyste lacunaire s'interrompt de bonne heure et ne peut plus être mise en évidence sur les coupes.

Donc les rôles joués par le système sanguin et le système lymphatique dans la constitution du lymphangiome circonscrit nous paraissent devoir être répartis ainsi qu'il suit, et nous nous appuyons, pour émettre ces conclusions, sur nos recherches personnelles et sur celles de Török et de Freudweiler, entièrement concordantes avec les nôtres : les lacunes et les kystes viennent de la dilatation de vaisseaux lymphatiques. Ces auteurs et nous-mêmes, nous avons pu vérifier histologiquement l'exactitude de cette assertion, tandis que les partisans de la théorie angio-hématogène n'ont pas pu établir la filiation certaine des dilatations kystiques et des vaisseaux sanguins. Les vésicules claires, les kystes à contenu granuleux sont donc les éléments jeunes, primitifs de cette affection. Mais toujours les vaisseaux sanguins sont dilatés ; de par le fait de la dilatation progressive des vésicules superficielles, celles-ci finissent par être entourées de capillaires nombreux. A la base des vésicules ils déterminent l'aspect clinique des vésicules claires à point pourpré central. Ces capillaires se rompent facilement : dans le tissu conjonctif, ils constituent les infarctus intra-papillaires ; dans les vésicules, les kystes à contenu sanguin. Il est dès lors facile de comprendre que les cavités à contenu sanguin soient beaucoup plus fréquentes à la superficie des coupes, dans les kystes papillaires, qui se développent le plus facilement, que dans la profondeur, dans les lacunes dermiques, dont le développement trouve un obstacle dans la présence du tissu fibreux qui les entoure. Mais la participation du système sanguin, qui est constante, peut être plus ou moins importante ; réduite au minimum, elle donne des faits, comme celui de Schmidt, où les vésicules restent toujours claires : c'est le lymphangiome pur. Quand elle est portée au

maximum, il en résulte des cas comme ceux de E. Besnier et Jacquet, de de Smedt et Bock, pour les lymphangiomes cutanés ; pour la langue comme celui de Bryant, où la prépondérance des éléments hémorragiques a pu en imposer à ces observateurs si compétents. Dans les cas communs, la part du système sanguin comprend surtout les dilatations et les ruptures vasculaires, d'où les différents aspects cliniques et histologiques, sur lesquels nous avons suffisamment insisté. Somme toute, la part du système sanguin est constante mais accessoire dans la constitution de cette maladie, qui est essentiellement d'origine lymphatique. Tout au plus, pourrait-on, pour tenir compte de la participation des vaisseaux sanguins, lui donner le nom d'hémato-lymphangiome ; mais à coup sûr on ne peut pas la ranger purement et simplement parmi les hématangiomes, dont l'aspect clinique et la constitution anatomique diffèrent totalement de l'affection qui nous occupe.

2^e *Le lymphangiome circonscrit est-il uniquement formé aux dépens des éléments préexistants du tissu envahi ou y a-t-il néoformation d'éléments ? En un mot, le lymphangiome circonscrit doit-il être nettement séparé des lymphangiectasies vraies ?*

Telle est la deuxième question qui se pose, c'est celle de la nature néoplasique de cette affection : Le lymphangiome est-il caractérisé par une néoformation de vaisseaux lymphatiques, ou n'est-il dû qu'à une dilatation des vaisseaux préexistants ?

Certains auteurs d'une compétence aussi autorisée que M. le Dr E. Besnier et M. le Dr Quénou pensent qu'au moins théoriquement il convient de séparer les lymphangiectasies, — varices lymphatiques — des lymphangiomes — néoplasmes lymphatiques. Mais, dit M. le Dr E. Besnier, « le terme *lymphangiome* n'a pas de signification « anatomique absolue ; il ne peut être dissocié que théoriquement et « didactiquement du terme de *lymphangiectasie* ».

C'est qu'en effet l'anatomie pathologique qui permet en général de classifier les tumeurs demeure ici insuffisante, du moins en apparence. Toutes les productions lymphatiques morbides, qu'il s'agisse de varices, d'éléphantiasis, de lymphangiomes, se présentent sous le microscope, comme des dilatations lacunaires à revêtement endothéial continu et à contenu granuleux, lacunes situées dans le derme papillaire et sous-papillaire. Il semble impossible au premier abord de pouvoir affirmer la prolifération, caractéristique du terme tumeur ; de pouvoir contrôler la non-existence antérieure des vaisseaux dilatés constatés.

De même cliniquement les simples lymphangiectasies se présen-

tent aussi sous l'aspect de petites tumeurs vésiculeuses, à contenu clair et translucide. Comment au milieu de cette confusion anatomique et clinique distinguer le véritable lymphangiome des diverses modalités de lymphangiectasies, qui en reproduisent les apparences?

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette maladie, ont essayé de répondre à cette question : Wegner (1), le premier, reconnaît trois modes d'origine au lymphangiome : 1^o la dilatation de vaisseaux lymphatiques préexistants avec la prolifération des éléments de leur paroi ; 2^o la prolifération active de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques et la formation de nouveaux vaisseaux lymphatiques (néoplasie homoplastique); 3^o la formation d'un tissu de granulation et la transformation de celui-ci en espaces lymphatiques (néoplasie hétéroplastique). C'est le premier de ces processus que Wegner a rencontré le plus souvent.

Nasse (2), au contraire, conclut que la plupart des lymphangiomes proviennent d'une perturbation embryonnaire du développement.

Il est en désaccord avec Wegner, qui pense que la majorité des lymphangiomes proviennent de la dilatation de vaisseaux préexistants, résultant de la stase lymphatique. Nasse regarde le lymphangiome comme un processus essentiellement angioplastique, résultant de la néoformation de vaisseaux lymphatiques et de leur transformation en cavités et canaux vides.

Unna (3) a constaté également la prolifération des cellules endothéliales des parois des lacunes lymphangiomateuses ; tous les auteurs ont noté cette prolifération, qui détermine des amas de noyaux rappelant l'aspect des cellules géantes ; nous avons vu aussi dans nos coupes ces amas gigantocelliformes (Török, Freudweiler). Mais Unna fait remarquer à juste titre que les proliférations existent aussi dans les simples varices lymphatiques, et que cela est prouvé par ce fait que dans les lacunes dilatées de cette affection, le revêtement endothérial est également continu. Aussi ne voit-il pas là une raison suffisante pour séparer les lymphangiomes des lymphangiectasies.

Il nous semble que l'on a eu tort de circonscrire cette question au seul point de vue anatomique.

Trois ordres d'arguments militent en faveur de la nature néoplasique du lymphangiome circonscrit, et il faut, ce nous semble, dans une discussion de ce genre, tenir autant de compte des caractères cliniques et étiologiques que des caractères histologiques propres à cette maladie.

(1) WEGNER. *Loc. cit.*

(2) NASSE. Ueber Lymphangiome. *Arbeit aus der Chirurg. Klin. des K. Univers. Berl.*, 1890, 4 p., p. 1

(3) UNNA. *Histopathologie der Hautkrankheiten*.

1^o Au point de vue histologique, Török, puis Freudweiler ont bien montré que la prolifération des parois lymphatiques n'était pas seule à attester la nature néoplasique de l'affection ; ils ont constaté la présence de nouvelles formations vasculaires à la périphérie des capillaires et des cavités, et la formation d'espaces lymphatiques au sein même du tissu conjonctif, sous la forme d'amas de noyaux allongés, qu'on distingue facilement des cellules embryonnaires, et l'on voit ces amas cellulaires se cliver en quelque sorte pour constituer une lumière canaliculaire. Samter a rencontré également ces formations ; nous-mêmes enfin nous les avons observées telles que les reproduisent les figures de Freudweiler.

De même que Török, nous avons vu des vaisseaux lymphatiques cheminer dans les papilles et se dilater pour constituer les lacunes ; pour Török, ces vaisseaux sont de nouvelle formation, car normalement les lymphatiques s'arrêtent à la base des papilles. Enfin il n'est pas jusqu'au tissu conjonctif qui ne présente la trace du processus hyperplasique : nous avons déjà noté les amas de cellules embryonnaires que nous y avons constatés, et sur lesquels avaient déjà insisté Török et Samter.

2^o Certains détails cliniques nous paraissent en outre différencier le lymphangiome des lymphangiectasies : nous n'insisterons pas sur la part prise par les vaisseaux sanguins, sur l'évolution des points pourprés et des vésicules hémorragiques, sujettes à tant de variations. Mais un caractère nous paraît devoir être pris en grande considération : c'est le résultat de la ponction des vésicules ; dans le lymphangiome, il n'y a plus de communication entre les cavités kystiques et les vaisseaux lymphatiques, tandis que le réseau des lymphatiques dilatés qui constitue les lymphangiectasies n'est nulle part interrompu.

Il en résulte que, lorsqu'on ponctionne les vésicules des varices lymphatiques, on assiste à un écoulement de lymphé persistant qui dure plusieurs heures et même plusieurs jours, et qui, parfois, est très difficile à arrêter. Cette lymphorrhée, caractère primordial de toute lymphangiectasie, n'existe pas dans le lymphangiome circonscrit. Comme certains auteurs qui nous ont précédés, nous avons été frappés de la rapidité et de la spontanéité avec lesquelles s'arrête l'écoulement du liquide, qui suit la ponction des vésicules. Ce liquide est d'abord de la lymphé pure, puis il se teinte presqu'aussitôt de sang, et enfin il cesse de couler sans aucune intervention. Cette absence de lymphorrhée, si importante au point de vue du diagnostic, l'est également au point de vue du traitement, car elle permet de pratiquer sans trop d'ennui l'excision des vésicules.

3^o Il nous semble enfin qu'on n'a pas assez tenu compte des données étiologiques, qui, dans nos conceptions actuelles de nosologie, doivent cependant jouer le principal rôle dans la classification des maladies.

L'affection dont nous nous occupons, le lymphangiome circonscrit, s'est toujours rencontrée chez des sujets jeunes ; lorsqu'il ne date pas de la naissance, il s'est développé dans les premières années de la vie ; son apparition ne semble avoir jamais été provoquée par une cause connue. Ces caractères de congénitalité et de spontanéité sont de toute première importance : ils impriment à cette maladie un cachet tout spécial.

Il permettent de rejeter hors du cadre du lymphangiome circonscrit des faits qui ont été confondus avec lui parce qu'ils en reproduisaient les principales particularités cliniques et histologiques, mais dont l'origine, le point de départ, la cause première sont tout autres : nous voulons parler des lymphangiectasies vraies.

Parmi eux nous signalerons : a) Les cas d'affections de cet ordre qui se sont développés à la suite d'érysipèles à répétitions ; nous n'avons pas besoin d'insister sur cette catégorie si connue de faits : telle est l'observation présentée à la Société de dermatologie de Paris d'abord par M. le Dr Tennesson (1), ensuite par M. le Dr Renault (2), où les varices lymphatiques à lésions vésiculeuses s'étaient développées sur la muqueuse buccale d'une personne âgée de 18 ans, à la suite d'érysipèles répétés ; nous en rapprochons un cas à peu près identique, présenté à la même Société par le Dr Du Castel (3).

Le Dr Malherbe (4) a publié également un cas où ces mêmes lésions s'étaient développées à la vulve et aux cuisses d'une jeune fille de 18 ans, sous l'influence de poussées de lymphangite.

Enfin MM. Leredde et Albert Robin (5) ont rapporté et étudié un cas de varices lymphatiques de la langue, dont l'aspect clinique et les caractères histologiques se rapprochaient du lymphangiome circonscrit, mais qui s'étaient nettement développés à la suite d'érysipèles répétés. Tous ces faits doivent être soigneusement distingués du lymphangiome circonscrit : ce ne sont que des lymphangiectasies d'origine inflammatoire.

b) Il est possible qu'à côté de cette catégorie on doive en décrire une deuxième dans laquelle l'élément mécanique joue le principal rôle ; la dilatation des vaisseaux lymphatiques aboutissant au type lacunaire vésiculeux y serait provoquée par la stase lymphatique. On sait que les

(1) TENNESSON. Varices lymphatiques de la muqueuse buccale. *Ann. Dermat.*, décembre 1893, p. 1302.

(2) AL. RENAULT. Angio-kératomes ou Lymphangiectasies. *Ann. Dermat.*, Paris, 1895.

(3) DU CASTEL. Lymphangiectasies de la muqueuse buccale. *Ann. Dermat.*, avril 1895, p. 342.

(4) A. MALHERBE et H. MALHERBE. Sur un cas curieux de lymphangiectasie cutanée. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1896 p. 278 et in Th. BONHOMMET, Paris, 1896.

(5) ALB. ROBIN et LEREDDE. Des varices lymphatiques de la langue. *Arch. méd. expér.*, Paris, 1896.

expériences faites à ce sujet ont donné des résultats peu concordants ; d'après Freudweiler, qui résume ces expériences, la ligature brusque des troncs lymphatiques n'entraîne pas la dilatation des capillaires : la lymphe peut toujours se frayer un chemin, au besoin par la voie sanguine. Mais lorsque l'oblitération est lente, il peut survenir de la stase, suivie de dilatation. Ainsi pourrait-on peut-être expliquer le cas d'Elliott (1), où il s'agit d'une femme de 39 ans, qui vit se développer des vésicules autour de cicatrices d'adénites suppurées au cou, aux régions sus-sternale et axillaires. Nous avons observé des cas analogues au scrotum et à la verge à la suite d'adénites inguinales.

Il est inutile d'insister plus longuement pour faire remarquer combien le processus pathogénique des lymphangiectasies (processus qui débute par la stase lymphatique pour aboutir à la prolifération endothéliale) est différent du processus pathogénique du lymphangiome, dont le premier stade est caractérisé par l'apparition de bourgeons endothéliaux qui s'organisent en cavités lymphatiques, lesquelles ne se dilatent que secondairement. Quant à l'origine même du processus de néoformation de ces bourgeons endothéliaux, il ne nous est pas plus possible de la déterminer qu'on ne peut le faire pour les autres néoplasmes. Nous dirons seulement que la congénitalité de l'affection, la part prise par le système vasculaire sanguin dans son évolution, nous font penser à une malformation, à une perturbation de développement (Leslie Roberts) atteignant les deux systèmes vasculaires à des degrés divers, et nous font assigner à ces tumeurs une origine embryonnaire, même pour les cas où elles ne se développent qu'après la naissance.

Notre conclusion en terminant ce trop long travail est que nous réclamons pour le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses, néoplasie développée aux dépens du système vasculaire lymphatique dermique, mais dans la constitution de laquelle le système vasculaire sanguin joue également un certain rôle, une place précise et bien distincte dans les cadres de la pathologie cutanée.

Cette affection, qui forme un type clinique bien à part, doit être distinguée du lymphangiome simple, diffus, qui constitue à la langue une des variétés de la macroglossie ; elle doit être distinguée également du lymphangiome cystique, qui comprend les kystes séreux de la pathologie chirurgicale ; elle doit enfin être nettement séparée des diverses variétés de lymphangiectasies, qui peuvent la simuler au point de vue clinique et histologique.

(1) ELLIOTT. A case of varicose lymphangiectasie. *Journ. of cutan. a. g. ur. diseases*, 1894, p. 137.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

FIG. I. — Vue d'ensemble de la tumeur.

1. Vésicule kystique claire, à contenu granuleux.
2. Épithélium lingual.
3. Lacune kystique intra-papillaire.
- 4, 4. Lacunes intra-dermiques.
5. Infarctus hémorragique intra-papillaire.
- 6, 6. Vaisseaux lymphatiques intra-papillaires.

FIG. II. — Coupe d'une vésicule extirpée isolément.

- 1, 1. Lacunes intra-papillaires.
- 2, 2. Vésicules kystiques à contenu mixte : la masse granuleuse se trouve vers la surface (2), le caillot sanguin vers la base des vésicules (2').
3. Éperon divisant une vésicule en cavités secondaires.
4. Pilier de l'épithélium proliféré ; on voit la lame cornée à la surface de l'épithélium dans toute son étendue.

FIG. III. — Rôle des vaisseaux sanguins dans la constitution de la tumeur.

1. Cavité d'une vésicule kystique, dont on voit l'endothélium continu (1') ; le contenu est granuleux avec des globules rouges extravasés le long de la paroi.
2. Pilier épithéial.
3. Tissu conjonctif d'une papille.
4. Mince travée conjonctive, séparant l'endothélium kystique de l'épithélium lingual.
5. Vaisseau capillaire gorgé d'hématies rampant dans cette travée, le long de la cavité kystique.

FIG. IV. — Rôle des vaisseaux lymphatiques dans la formation de la tumeur.

- 1, 1. Épithélium lingual ; piliers inter-papillaires.
2. Tissu conjonctif d'une papille.
- 2'. Papille suivante.
3. Vaisseau lymphatique intra-papillaire à endothélium proliféré.
- 4, 4. Dilatations kystiques à la base (4) et au sein (4') de la papille 2. L'origine de ces dilatations est éclaircie par l'examen de la papille suivante 2'.
5. Vaisseau lymphatique intra-papillaire à endothélium proliféré, analogue au vaisseau 3 ; mais il se termine par une dilatation ampullaire, analogue aux dilatations 4 et 4'.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 18 AVRIL 1898

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Rapport annuel sur la gestion du comité de direction et la situation morale de la Société, par M. le secrétaire général. — Rapport de M. le trésorier sur la situation financière. — Deuxième note sur une lymphadénie médiane de la face, par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE. — Syphilides lichénoides, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. RENAULT et WICKHAM.) — Eruption streptococcique, par MM. DU CASTEL et SALMON. (Discussion : MM. HALLOPEAU, JACQUET.) — Néoplasie labiale de nature indéterminée, par M. HAURY. (Discussion : MM. BALZER, DU CASTEL, BARTHÉLEMY et BESNIER.) — Onychogryphose hypertrophique, par MM. BALZER et MERCIER. (Discussion : MM. DUBREUILH, MOTY, AUGAGNEUR.) — Érythrodermie prémycosique avec poussées purpuriques, par MM. BALZER et MERCIER. — Sur une nouvelle variété de dermatose séborrhéique, par MM. HALLOPEAU et MICHAUX. (Discussion : MM. DUBREUILH, HALLOPEAU, BESNIER.) — Syphilides hypertrophiques géantes de la face, par MM. EMBRY et GLANTENAY. Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire de la main. Radiographie. Intégrité du système osseux, périostique et cartilagineux, par MM. EMERY et GLANTENAY. (Discussion : MM. JACQUET, BALZER, MOTY.) — Enfant né d'une mère syphilitique et présentant à l'avant-bras gauche une malformation qui semble être une amputation congénitale, par M. BAR. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux, par M. HALLOPEAU. — Lésions du nerf optique dans l'héredo-syphilis, par M. SAUVINEAU. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Deux cas de paralysie générale pseudo-conjugale et post-conjugale, par MM. SPILLMANN et ETIENNE. — Leucoplasie et épithéliome primitif de la voûte palatine chez un ancien syphilitique, par M. BRAULT. — Lèpre tuberculeuse traitée par les injections de calomel, par M. BRAULT. — Éruption antipyrrinique, par M. SIBUT. (Discussion : MM. DU CASTEL, BROQ, FOURNIER, SIBUT, BARTHÉLEMY, BESNIER, VÉRITÉ.) — Chancres mous des doigts, par M. SIBUT. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

D. FERRAS. — *De la médication sulfureuse*, 1 vol. in-12, Paris, 1898.

MIBELLI. — *Su gli eritemi fissi da antipirina. Extr. : Giornale italiano delle malattie veneree della pelle*, 1897.

MIBELLI. — *Sopra un caso di eritema sifilitico anulato. Extr. : Clinica moderna*, 1897.

COLOMBINI. — Il diplococco di Neisser nelle adeniti blenorragiche inguinali suppurate. Extr. : *Riforma medica*, 1898.

E. LEGRAIN. — Sur quelques affections parasitaires observées en Algérie. Extr. : *Archives de Parasitologie*, 1898.

M. BESNIER : Je suis heureux de faire savoir à la Société que notre éminent et cher collègue Zambaco-Pacha, donnant le plus généreux exemple, vient de nous permettre de lui décerner, conformément à l'article 3 de nos statuts, le titre de membre bienfaiteur de la Société, et d'inscrire ainsi son nom à perpétuité en tête de notre liste, en nous versant une somme de 15,000 francs. Je vous propose de lui adresser l'expression de notre profonde reconnaissance et de décider que cette somme sera consacrée à la création d'un prix bisannuel, portant le nom de prix Zambaco. (*Adopté.*)

**Rapport sur la gestion du Comité de direction
et sur la situation morale de la Société.**

Par M. H. HALLOPEAU,
Secrétaire général.

MESSIEURS,

L'année qui vient de s'écouler restera marquée, pour nous, du plus triste souvenir : un de nos membres les plus affectionnés, notre cher Feulard, l'organisateur du Congrès de 1889 dont il avait été l'âme comme il devait être celle du Congrès de 1900, l'habile administrateur de notre musée et de notre bibliothèque, notre conscientieux archiviste, nous a été brusquement enlevé par la catastrophe qui est présente à tous les esprits ; il y aura bientôt un an que la nouvelle en a éclaté, foudroyante, et il semble que ce soit hier ; nous ne pouvons nous habituer à l'idée que l'absence de notre cher collègue sera éternelle ; il nous semble que nous allons le voir reparaitre au milieu de nous avec son sourire toujours affable, la grande améité qui en avait fait le modèle des secrétaires généraux, sa parole toujours si nette, facile et élégante, sa remarquable clairvoyance et sa présence d'esprit ; il laisse parmi nous un vide qui ne pourra être comblé, car on trouvait réunies en lui, à un haut degré, les qualités les plus disparates. Nous avons de nouveau recueilli le témoignage, dans les réunions dermatologiques qui ont eu lieu cette année à l'étranger, que notre deuil est international. C'est donc en toute justice que le nom

de notre profondément regretté collègue sera perpétué à Saint-Louis par l'inscription, à l'entrée de la construction où nous sommes réunis, des mots : *Bibliothèque Henri Feulard* et par l'édition, dans la salle de la bibliothèque, d'un médaillon qui rappellera ses traits.

Plus récemment, nous avons eu à regretter la fin rapide de notre collègue Péan, à qui la chirurgie contemporaine doit de si grands progrès ; il ne fréquentait pas nos séances, mais sa mémoire vivra à l'hôpital Saint-Louis ; nous apprenons en effet, par une lettre que M^{me} Péan nous fait l'honneur de nous adresser, que « l'intention de son regretté mari était de laisser au musée de cet hôpital, où il avait exercé pendant de si nombreuses années, la collection qui porte son nom, et que sa famille y donne son plein assentiment, à la condition que cette collection occupera toujours dans l'hôpital une place digne du nom de son fondateur ». Nous demanderons, en votre nom, à l'administration de prendre, à l'égard de la famille de notre collègue, l'engagement auquel elle a droit et nous prions la Société de Dermatologie d'adresser à M^{me} Péan et à ses enfants l'expression de sa profonde reconnaissance.

Tout dernièrement, notre Société a été de nouveau profondément peinée par la mort inattendue de son éminent membre correspondant, le professeur Schwimmer, chef de la brillante école dermatologique de Buda-Pesth. Il a été soudainement frappé, peu de semaines après les fêtes dans lesquelles on avait célébré ses vingt-cinq ans de professorat et la publication de son *Jubileum-Schrift* auquel plusieurs d'entre nous avaient collaboré. Schwimmer, qui avait pris une part active à tous nos congrès internationaux et qui avait présidé la réunion si cordiale qui a suivi à Buda-Pesth celui de Vienne, laissera un nom en dermatologie par l'importance de ses publications en même temps que le souvenir du collègue le plus affectueux et bienveillant pour tous ceux d'entre nous qui ont été en relations avec lui.

Parmi les œuvres auxquelles Feulard a mis la main en dernier lieu, celle qui a fait le principal sujet de son dernier rapport au Comité des médecins de St-Louis, l'organisation, dans notre hôpital, d'un service de photographie analogue à celui des moulages, paraît être en bonne voie, grâce aux efforts de notre archiviste, M. Wickham, ainsi qu'à l'active intervention de M. le directeur de l'hôpital, à la bienveillance libérale de l'administration, et à l'appui toujours si efficace dont le représentant du conseil municipal dans notre quartier nous a donné si souvent le témoignage ; si, comme nous l'espérons, ce service peut être mis en œuvre à la fin de cette année, il constituera, pour la dermatologie française, une source nouvelle de documents d'une importance capitale et comblera une regrettable lacune, car il arrive incessamment que des maladies intéressant toute la surface du tégument externe sans donner aucun relief ne peuvent être reproduites par

notre éminent artiste Baretta : bien des matériaux précieux se trouvent ainsi inutilisés ; il n'en sera plus de même quand le service de photographie sera installé, au grand bénéfice de notre science et aussi de notre musée qui lui devra d'incessantes acquisitions nouvelles et par suite une augmentation de sa puissance d'attraction sur les dermatologues de tous les pays.

L'inauguration du nouvel hospice des teigneux, dans les vastes bâtiments que l'administration a fait construire dans l'enclos de St-Louis, a eu lieu en juillet 1897 ; depuis lors, ces services y sont en pleine activité, sous la direction de notre collègue M. Tenneson, si efficacement aidé par M. Sabouraud qui trouve là un laboratoire construit et organisé suivant toutes les données les plus récentes du progrès scientifique ; nous ne doutons pas que notre éminent histologiste ne continue à y travailler fructueusement, pour l'honneur de la dermatologie française et le bien des malades.

Les salles devenues libres dans les pavillons Bazin et Lugol, par suite du transfert des teigneux dans les nouveaux bâtiments, ont été affectées aux enfants atteints de maladies de la peau ; c'est là une création éminemment utile, car nous avons, chaque jour, à nos consultations, de 60 à 80 enfants dont un certain nombre ont besoin d'être hospitalisés : nous remercions l'administration de cette nouvelle amélioration.

Les consultations de l'après-midi continuent à être de plus en plus fréquentées, de telle sorte que, dans le courant de l'année, le chiffre total des consultants a augmenté bien qu'il ait diminué le matin ; c'est là un excellent résultat puisque le nombre de malades secourus et étudiés se trouve accru en même temps que l'encombrement du matin est évité ; nous devons ajouter, à cet égard, que les Assistants, chargés par l'administration d'aider dans ces consultations les chefs de service, leur facilitent beaucoup la tâche, à l'avantage des malades et des études dermatologiques : aussi nos consultations attirent-elles, l'après-midi aussi bien que le matin, un nombre croissant de médecins étrangers qui viennent y parfaire leur éducation dermatologique.

Si nous nous sommes permis d'insister, auprès de la Société, sur ces progrès divers réalisés à Saint-Louis, c'est qu'ils sont d'une haute importance pour la dermatologie ; c'est à eux, en effet, que nous sommes en partie redevables de la richesse des matériaux qui s'accumulent dans nos séances et les rendent de plus en plus intéressantes ; nous ne pouvons même nier qu'ils ne soient souvent surabondants ; les faits nous sont apportés en telle quantité qu'il devient difficile de les discuter aussi complètement qu'il serait désirable ; ceci revient à dire qu'il serait très utile d'augmenter le nombre de nos séances ; nous ne pourrions le faire actuellement qu'en augmen-

tant la quote-part des présentateurs, puisque, d'après notre règlement, les pages imprimées en surplus des trente feuilles réglementaires sont à leurs frais ; nous espérons que l'état de nos finances nous permettra bientôt d'augmenter, dans une proportion notable, le chiffre trop restreint des feuilles réglementaires.

En effet, Messieurs, notre Société est, au point de vue de son recrutement, en pleine prospérité ; le chiffre de ses membres continue à s'accroître et, avec lui, celui de ses ressources annuelles.

Notre Président vient de vous apprendre que notre cher collègue Zambaco nous offre le témoignage de la plus généreuse libéralité en nous versant la somme de 15,000 francs et nous permet ainsi de lui décerner le titre de membre bienfaiteur de notre Société. Le prix, bisannuel, que ce versement nous permettra de fonder et qui portera le nom de *prix Zambaco*, sera un nouveau stimulant pour les études françaises de dermatologie ; nous renouvelons à notre cher collègue l'expression de notre bien sincère et vive reconnaissance.

Ce n'est pas seulement en France que notre Société exerce son activité.

Deux grandes réunions dermatologiques ont eu lieu, en 1897, à l'étranger ; l'une à Moscou, comme section du XIII^e congrès international de médecine, l'autre à Berlin pour l'étude internationale de la lèpre.

Dans l'une et l'autre, notre Société a été dignement représentée ; ses délégués y ont trouvé constamment l'accueil le plus cordial ; nous remercions de tout cœur nos amis de Russie de leur bonne et affectueuse réception dans leurs deux capitales si attrayantes, captivantes et instructives à des points de vue différents ; nous avons été heureux de constater que dans ces deux villes, et aussi dans tous les centres d'enseignement de la Russie, particulièrement à Kiew et à Varsovie, la dermatologie est cultivée avec ardeur et que nos collègues ont des installations scientifiques à tous égards incomparables.

La Conférence internationale pour l'étude de la lèpre, si intelligemment organisée à Berlin par le professeur Lassar avec le concours éclairé de notre excellent collègue et ami Ehlers, a été féconde en résultats importants ; elle a mis en évidence la nécessité de lutter partout contre l'invasion de cette maladie qui menace de reprendre, dans beaucoup de pays, l'acuité qu'elle présentait au moyen âge. La pleine réussite de cette réunion fournira un argument puissant à ceux qui soutiennent l'utilité de congrès consacrés à l'étude exclusive d'un sujet limité (déjà les États-Unis imitent cet exemple en organisant à Chicago une réunion internationale qui a pour principal objet l'étude du lupus érythémateux) : nous remercions de tout cœur nos très distingués collègues de Berlin de leur réception si aimable et si courtoise.

Deux années seulement nous séparent du IV^e congrès international dermatologique de 1900. Un comité s'occupe de préparer à nos collègues étrangers un accueil digne d'eux et de nous, en mettant à profit les progrès qui ont été réalisés, depuis 1889, dans l'organisation de ces grandes assemblées; nous avons la confiance qu'il saura mener à bonne fin cette tâche délicate et justifier ainsi le choix de notre Capitale pour ces nouvelles réunions.

Notre conseil judiciaire, M^e Tommy Martin, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris, venant d'être nommé juge de paix du 2^e arrondissement, nous vous proposons de le nommer conseil judiciaire honoraire, ce qui ne nous empêchera pas d'avoir recours à lui chaque fois que nous aurons besoin de ses avis, et de lui donner pour successeur M^e Deligand, avocat à la Cour d'appel, membre du conseil de l'ordre, que nous remercions de vouloir bien accepter ces fonctions.

M. DU CASTEL donne lecture du rapport sur la situation financière de la Société.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Deuxième note sur une lymphodermie médiane de la face.

Par MM. H. HALLOPEAU et LAFFITTE.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Un fragment de la peau altérée du visage a été enlevé par biopsie, fixé par le sublimé acétique, et monté dans la parafine. Les coupes ont été colorées par la thionine phéniquée, l'hématoxyline et l'éosine, et le picrocarmate d'ammoniaque.

Examen à un faible grossissement. — L'épiderme paraît réduit à la moitié de son épaisseur. Il forme une bande étroite qui ne présente aucun ou presque aucun prolongement interpapillaire à sa partie profonde. La couche cornée, très mince, se détache de place en place de l'épiderme sous-jacent.

On voit, sur la plupart des coupes, trois ou quatre glandes pilo-sébacées qui s'ouvrent dans le corps de Malpighi, et, de là, descendant verticalement dans le derme, divisant ainsi ce dernier en segments très réguliers.

Le derme a perdu sa structure ordinaire. Le corps papillaire a disparu; aucune trace de tissu conjonctif fibrillaire. On aperçoit partout une infiltration de cellules jeunes, de noyaux innombrables, qui recouvrent presque uniformément le derme dans toute son étendue. Ces cellules s'arrêtent nettement autour des glandes sébacées, qui paraissent intactes; elles s'arrêtent aussi un peu au-dessous de l'épithélium de Malpighi, laissant ainsi entre elles et cet épithélium une étroite zone claire parsemée de quelques noyaux.

Les capillaires sanguins sont peu nombreux, et l'infiltration cellulaire n'est pas plus abondante autour d'eux que partout ailleurs.

Examen à un fort grossissement. — La couche de Malpighi ne compte que trois ou quatre rangées de cellules dans son épaisseur. Beaucoup d'entre elles sont saines; les autres sont vésiculeuses, le corps cellulaire a disparu, et il ne reste qu'un noyau, ou même qu'un nucléole dans une petite cavité claire.

L'intervalle clair qui sépare les cellules de Malpighi de l'infiltration du derme représente la moitié profonde ou inférieure de la couche de Malpighi complètement détruite. En effet, cet espace clair est occupé par un réseau irrégulier, dont chaque maille est formée du contour d'une cellule malpighienne disparue avec son noyau, mais dont on retrouve encore là et là le nucléole.

C'est sur l'infiltration du derme que repose tout l'intérêt de cette étude histologique.

Dans toute l'étendue du derme, les faisceaux conjonctifs ont disparu, et à leur place s'étend un vaste réseau recouvert de jeunes cellules. Le réseau est visible presque partout, mais surtout dans les points où l'infiltration cellulaire est plus discrète. Les fibres qui le composent sont extrêmement ténues, déliées, et forment, en s'entrecroisant, des mailles étroites, telles qu'on les voit dans les ganglions et follicules lymphatiques.

Les cellules recouvrent le réseau et les mailles. Elles sont fort pressées, peu distantes les unes des autres, et répandues selon une couche à peu près uniforme partout. On y distingue deux formes cellulaires différentes, des lymphocytes et des cellules conjonctives, les premiers reconnaissables à leur noyau volumineux, vivement et uniformément coloré, et sans protoplasma qui l'entoure, et les seconds à leur noyau clair avec un nucléole bien coloré à son centre.

Ces deux sortes de cellules se retrouvent partout, mais en proportions différentes.

Dans les parties superficielles du derme, elles paraissent être en nombre à peu près égal; mais dans les parties profondes, les lymphocytes sont beaucoup plus abondants que les cellules conjonctives.

Circonstance importante: aucune *plasmazelle* n'a été aperçue parmi ces cellules, mais il y a d'assez nombreuses *mastzellen* que l'on reconnaît à la poussière de granulations colorées qui les entourent.

Pas d'éosinophiles ni de polynucléaires, ni dans la lumière des vaisseaux, ni ailleurs.

Enfin, au milieu de ce derme si profondément remanié, les glandes sébacées ne paraissent pas fort altérées.

En résumé, la présence d'un réseau délicat, recouvert de lymphocytes et de cellules conjonctives, détermine le diagnostic histologique de néoformation lymphatique pure.

L'abondante leucémie du sujet, l'hypertrophie bien constatée de sa rate et de ses ganglions lymphatiques sous-cutanés, s'accordent bien avec ces altérations de la peau du visage.

Ces lésions diffèrent surtout de celles que l'on rencontre dans le mycosis par l'absence de plasmazellen; ce fait négatif suffit-il à les en séparer? nous ne saurions l'affirmer dans l'état actuel de nos connaissances; mais on ne peut nier que ce fait, rapproché des différences signalées dans les manifestations symptomatiques, n'ait à cet égard une certaine valeur.

Syphilide lichénoïde.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que je vous présente, est une forte fille de 18 ans, atteinte de syphilis récente; il y a trois mois, elle eut des plaques muqueuses de la vulve pour lesquelles elle fut soumise à un traitement par les injections d'huile grise (4 injections). Actuellement elle présente encore des plaques muqueuses des amygdales et une syphilide pigmentaire du cou.

Depuis un mois, une éruption est apparue qui s'est rapidement généralisée ayant des maxima sur la partie postérieure du cou, les lombes et la région vulvaire.

L'éruption cutanée présente à première vue les caractères du lichen plan, papules petites, quelques-unes presque microscopiques, brillantes, foncées en couleur, avec ombilication centrale. En examinant les choses de plus près, en se servant de la loupe, on peut cependant relever quelques différences: les papules sont plutôt arrondies que polygonales; la dépression centrale est recouverte d'une petite croûte, bien visible seulement à la loupe, qui n'appartient pas à l'éruption du lichen plan; au milieu des papules, on distingue quelques éléments acuminés, avec pointe centrale blanchâtre entourée ou non d'une collerette épidermique constituant de véritables éléments de folliculite chronique.

Sur la vulve, l'éruption est constituée par un nombre considérable d'éléments isolés, d'apparence folliculaire, constitués par les glandes hypertrophiées, dures et blanchâtres.

Nous sommes évidemment en présence d'une de ces éruptions syphilitiques dites folliculaires acnéiques, ayant pris sur la surface du corps les plus grandes ressemblances avec l'éruption du lichen plan de Wilson.

M. Al. RENAULT. — La syphilide lichéniforme est relativement fréquente chez la femme. J'en ai observé un certain nombre d'exemples pendant mon séjour à l'hôpital Broca.

Ce qu'il y a de remarquable chez la malade de M. Du Castel, c'est la confluence de l'éruption au niveau de la région lombaire.

Cette variété de syphilide est particulièrement rebelle à l'action thérapeutique. Le mercure à l'intérieur m'a toujours semblé bien peu efficace.

Les injections sous-cutanées produisent un meilleur résultat. Elles hâtent la disparition des éléments.

Malheureusement ceux-ci récidivent avec la plus grande facilité; aussi faut-il, pour obtenir la guérison définitive, une grande persévérence dans le traitement, qui doit être longtemps continué après l'effacement des manifestations objectives.

M. WICKHAM. — On observera que chez cette malade, bien que les éléments papuleux ressemblent beaucoup à ceux du lichen plan, sur aucun d'eux on ne voit de ces stries et ponctuations grisâtres que je considère comme pathognomoniques du lichen plan. A propos de la communication de M. Du Castel, je voudrais parler de la prétendue ombilication que beaucoup de dermatologues accordent aux papules du lichen plan de Wilson. J'ai souvent recherché ce signe de l'ombilication centrale sans l'avoir jamais rencontré. Quelquefois existe, il est vrai, une apparence d'ombilication, qui est déterminée par la présence d'une strie grisâtre intra-papuleuse extrêmement petite, bien arrondie et située au centre même de la papule. En ce cas la loupe permet de voir qu'il ne s'agit nullement d'une ombilication réelle.

Éruption streptococcique.

Par MM. DU CASTEL et SALMON.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est un superbe bébé de 7 mois et demi; sa mère, comme vous pouvez le voir, est une femme fort bien portante et le père est, paraît-il, de très bonne santé.

L'enfant est allaité par sa mère et ne prend que le sein; c'est le premier né de cette femme, qui n'a jamais fait de fausse couche.

Depuis l'âge de trois mois l'enfant présentait sur la face, de petites plaques rouges qui allaient et venaient; il y a une quinzaine de jours, on conseilla à la mère de les panser avec le baume du commandeur; depuis lors l'éruption a pris sur la face les caractères que vous lui voyez actuellement, en même temps qu'elle faisait son apparition sur les membres inférieurs jusque-là indemnes, le tronc et les membres supérieurs sont encore respectés.

Sur la face, l'éruption est composée de petits placards de volume variable, un peu allongés; les plus étendus mesurent environ deux centimètres dans leur plus grand diamètre.

Ces placards sont légèrement surélevés au-dessus de la peau normale: ils sont entourés d'une zone érythémateuse d'un millimètre d'étendue environ, le reste de la plaque morbide est formé par un agglomérat de vésico-pustules, renfermant une quantité de liquide peu abondante et ayant à peu près le volume d'une vésicule ordinaire d'herpès.

Sur les membres inférieurs, l'éruption, dans son ensemble, ressemble à celle de la face. On y voit quelques éléments, d'apparence plus jeune, où

la lésion, au lieu d'être formée par des agglomérats de vésico-pustules, est formée par un soulèvement épidermique à contenu transparent présentant plutôt les apparences d'une bulle.

Les ganglions lymphatiques sont indemnes.

La nature de cette éruption me paraît difficile à préciser.

Elle a beaucoup des apparences des éruptions que nous observons chez les enfants à la suite de l'emploi des iodures ou mieux encore des bromures ; mais notre petit malade n'a jamais pris, nous dit la mère, qu'un peu de sirop Desessartz, il y a quatre mois, et du naphtol ces temps derniers. La mère elle-même n'a pris aucun médicament.

Le baume du commandeur n'a été appliqué que sur la face et n'a jamais été employé sur les jambes.

L'examen bactériologique du liquide des vésico-pustules a été fait par notre interne M. Salmon.

L'ouverture des tumeurs simplement infiltrées, à teinte blanchâtre généralisée, donne issue à une très petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Deux points suppurés sont ouverts aseptiquement et ensemencés sur bouillon et gélose. Au bout de 24 heures, culture absolument pure d'un streptocoque à gros grains se présentant rarement sous forme de chaînettes, en général sous forme de cocci isolés, comme dans les lamelles faites avec le pus.

En résumé, rien ne permet d'invoquer une irritation de cause externe artificielle, puisqu'il n'y a pas eu application de pommade sur les jambes ; impossibilité de remonter à une intoxication médicamenteuse ou alimentaire ; il est donc permis de se demander si l'affection n'est pas due à l'action du streptocoque qui seul a été retrouvé dans la culture du liquide recueilli dans les vésico-pustules.

M. HALLOPEAU. — Je pense qu'il s'agit d'une éruption iodo-potassique ou bromo-potassique.

M. JACQUET. — Je partage l'opinion de M. Hallopeau.

Néoplasie labiale de nature indéterminée.

Par M. HAURY.

Voici une malade âgée de 27 ans, qui porte sur la partie médiane de la lèvre inférieure, une plaque néoplasique de la grandeur d'une pièce de 20 centimes à fond exulcérés, légèrement surélevé et comme finement papillomateux. Cette plaque est recouverte d'un enduit jaunâtre pseudo-membraneux s'enlevant très facilement. La pression sur la périphérie dénote l'absence d'induration et provoque facilement la sortie du sang. Cette lésion a commencé par la face gingivale de la lèvre. Elle avait au début l'aspect d'un aphte, sans aréole rouge.

Progressivement, depuis le mois de décembre 1897, date du début, elle s'est étendue sans provoquer jamais aucune douleur. Pas d'adénopathie. La syphilis ne semble pas en cause. Il n'y a jamais eu en effet aucun accident spécifique. État général très bon.

M. DU CASTEL. — J'ai observé deux ou trois cas d'épithélioma de la lèvre à début chancreiforme. La néoplasie commence par un petit point qui évolue lentement.

M. BALZER. — Je me souviens aussi d'avoir diagnostiqué chancre syphilitique, une lésion épitheliomateuse de la lèvre. L'analogie était parfaite.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne sais ce qu'il en est exactement pour les épithéliomas de la peau ; et il serait à rechercher à quel plus bas âge ils ont été observés. Mais pour d'autres affections similaires, l'âge n'est pas une objection absolue. Je viens d'observer un épithélioma du col utérin, dans sa forme la plus maligne, à l'âge de 28 ans, et un cancer de l'estomac à l'âge de 26 ans, un autre à l'âge de 38 ans. Inutile de rappeler le cancer des reins de l'enfance, et les cancers de la peau d'origine familiale.

M. BESNIER. — La difficulté est ici très grande ; sans le secours de l'histologie il est difficile de déterminer la nature de la lésion que présente cette malade.

Onychogryphose hypertrophique.

Par MM. F. BALZER et R. MERCIER.

Charles Ch..., conducteur de bestiaux, âgé de 63 ans, entre le 17 mai à la salle Hillairet, à l'hôpital Saint-Louis. Il est atteint de phthiriase avec nombreuses lésions de grattage sur toutes les parties du corps. En même temps notre attention est attirée par les altérations remarquables que présentent les ongles des mains.

Ces altérations ont commencé il y a 6 ans ; il s'est aperçu d'abord que ses ongles croissaient plus rapidement que de coutume et en même temps qu'ils augmentaient notablement d'épaisseur. Il ne peut préciser exactement le temps qu'ils ont mis à acquérir les dimensions actuelles, mais il lui semble que l'hypertrophie reste à peu près stationnaire depuis trois ou quatre ans.

Actuellement les ongles dépassent tous d'un centimètre environ l'extrémité du doigt. Le malade les coupe très rarement ; il se sert pour cela de son couteau et ne réussit qu'avec de très grandes difficultés, car les ongles présentent une consistance aussi grande certainement que celle d'un bois très dur.

Ils sont très épais ; ceux des trois premiers doigts ont 7 à 8 millimètres d'épaisseur à leur extrémité. Leur coupe est lisse et noirâtre. Aux deux derniers doigts, la coupe est de 4 à 5 millimètres seulement. A l'annulaire

de la main droite l'ongle est tombé à la suite d'un panaris sous-unguéal il y a quelques mois et n'a pas repris les proportions exagérées qu'il présentait comme les autres.

L'hypertrophie des ongles est assez inégale : au niveau de la matrice ils sont certainement épais, durs et sans transparence, mais beaucoup moins qu'à l'extrémité libre. L'hypertrophie offre ce caractère particulier qu'elle ne s'est faite qu'en épaisseur ; dans le sens transversal l'ongle s'est au contraire rétréci, ses bords latéraux se sont rapprochés, en étranglant entre eux le lit de l'ongle et la peau de l'extrémité du doigt. Elle est attirée et, pour ainsi dire, pincée dans la partie médiane par les deux bords latéraux de l'ongle entre lesquels elle s'ensonce à angle aigu.

En même temps les ongles ont subi une incurvation très marquée à leur bord libre. L'extrémité du doigt attirée vers la partie médiane par les bords de l'ongle est rétrécie et la peau est un peu tendue.

Il est à noter que toutes ces altérations se sont produites et persistent sans que le malade ait éprouvé aucune souffrance.

La peau en général est assez dure et sèche ; les artères assez dures, flexueuses et volumineuses, sont perçues difficilement, même les plus superficielles. Les mains osseuses et sèches, ont les articulations un peu noueuses, surtout l'articulation métacarpo-phalangienne des deux pouces. Le malade dit pourtant n'avoir jamais éprouvé de douleurs articulaires.

Les ongles des orteils sont un peu épais et incurvés surtout au gros orteil, mais ces altérations ne dépassent pas la moyenne de ce qu'on observe habituellement chez les gens âgés.

L'état général laisse beaucoup à désirer. Notre malade est un homme affaibli et amaigri et qui paraît plus âgé qu'il ne l'est en réalité. Il a eu une blennorrhagie à l'âge de 18 ans, et il porte sur la cornée de l'œil droit une tâie dont il ne peut fixer ni l'origine, ni la date. Pas de syphilis ; un interrogatoire minutieux n'a rien démontré dans ce sens.

Les artères sont dures, flexueuses ; il y a des signes manifestes d'artério-sclérose. Le cœur est hypertrophié avec un souffle probablement mitral, léger et difficile à bien localiser ; le pouls est lent et plein. Le malade est un peu emphysématieux. Il présente un peu de couperose de la face, surtout au nez.

Les causes les plus connues des altérations unguéales sont ici à mettre hors de cause. Il ne s'agit pas de trichophytie des ongles : les altérations n'en présentent pas l'aspect, ni les divers caractères, elles sont d'ailleurs trop généralisées à tous les ongles. Le malade a bien eu autrefois une blennorrhagie, mais sans rhumatisme, et il l'a eue bien avant le développement de l'hypertrophie unguéale actuelle. Il est d'ailleurs peu rhumatisant, il n'a jamais eu de douleurs articulaires, bien que nous ayons signalé des déformations des jointures consécutives sans doute à l'exercice de son rude métier de conducteur de bestiaux.

Nous sommes ici en présence d'une dystrophie unguéale qui a pour siège principal non la matrice, mais plutôt le lit de l'ongle et qui a

provoqué une onychogryphose hypertrophique un peu spéciale, avec épaisseissement compact et induration extrême de l'ongle. Cette dystrophie locale nous paraît devoir se rattacher à l'état défectueux de la nutrition générale chez notre malade, à la fois emphysémateux, cardiaque et artério-scléreux. Il ne serait pas impossible que dans ces conditions les irritations extérieures, les intempéries, aient pu provoquer la localisation d'un semblable trouble de nutrition, d'autant plus que notre malade présente d'autres altérations des extrémités que nous avons signalées. Nous devons être sobres d'interprétations pathogéniques dans l'état actuel de nos connaissances sur les maladies des ongles et sur le rôle que peuvent jouer les cachexies et les troubles de la nutrition générale, le système nerveux, ou même les infections locales encore non étudiées. C'est un peu pour appeler l'attention sur ce sujet que nous présentons cette observation avec le moulage qui a été exécuté par M. Baretta.

M. W. DUBREUILH. — J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois tant aux pieds qu'aux mains l'altération unguéale que vient de nous montrer M. Balzer, mais rarement sous cette forme extrême. C'est ce que j'appelle les ongles « en cornet ». La courbure transversale de l'ongle est normale au niveau de la matrice, puis elle va en augmentant graduellement jusqu'à l'extrémité libre de façon à former les deux tiers ou les trois quarts d'un cylindre, ou bien, comme dans le cas actuel, à former un pli par l'application l'une contre l'autre des deux moitiés de l'ongle. Il en résulte que le lit se trouve pincé entre les bords latéraux de la lame unguéale repliée et il en résulte dans quelques cas des douleurs très vives. En même temps il se fait un épaisseissement de la lame unguéale proprement dite, épaissement très dur et très compact.

Bien que l'examen microscopique soit de rigueur dans un cas de ce genre, je ne crois pas qu'il s'agisse d'une onychomycose. J'ignore quelle est l'étiologie exacte de cette affection et j'estime que la qualification de dystrophie ou de trophonérose n'est qu'un aveu d'ignorance.

En tout cas, il s'agit d'une lésion toute différente de l'onychogryphose sénile vulgaire. Dans cette dernière affection il s'agit d'une hyperkératose du lit, celui-ci produit de la substance cornée en telle abondance que l'ongle croît en épaisseur beaucoup plus vite qu'en longueur et que l'ongle prend dans les cas extrêmes, la forme d'une corne s'élevant presque verticalement du lit unguéal.

M. MOTY. — J'ai présenté il y a quelques mois à la Société de médecine du Nord un cas du même genre avec lésions des ongles aux mains et aux pieds. La lésion ne s'étendait pas à la peau voisine, mais sa généralisation aux quatre membres semblait lui assigner une cause générale nerveuse ; l'examen du champ visuel montra en effet qu'il était notablement rétréci.

J'ai fait un certain nombre de coupes sur un ongle de mon malade tombé spontanément et je n'y ai trouvé aucun élément parasitaire ; comme il s'agissait d'un soldat de 22 ans, indemne de toute diathèse infectieuse, je

n'ai pu mettre en cause qu'une influence trophique générale de nature hystérique.

M. AUGAGNEUR. — Il s'agit très vraisemblablement d'un cas d'onychogryphose dystrophique. Des faits semblables s'observent fréquemment aux pieds, chez des sujets portant en même temps des desquamations pityriasisiformes, des dermites humides, ou des ulcères chroniques. Ces lésions sont le résultat de la dystrophie déterminée à la fois par l'athérome artériel, les varices et les troubles nerveux résultant eux-mêmes soit d'intoxications, soit de lésions vasculaires. Le malade de M. Balzer semble être alcoolique; la dystrophie a agi sur les membres supérieurs au lieu d'atteindre les membres inférieurs; c'est là seulement ce qu'il y a de spécial.

Érythrodermie prémycosique avec poussées de purpura.

Par MM. F. BALZER et R. MERCIER.

Alfred B..., charretier, âgé de 38 ans, se présente à la consultation du 13 avril avec une éruption purpurique de la face et des mains. Reçu dans la salle Hillairet, il raconte que sa maladie a débuté il y a environ 6 ans, par des rougeurs qui se produisaient autour des yeux et qu'il attribuait à des piqûres de moustiques. Il s'agissait, en effet, de taches rouges et légèrement saillantes qui se tuméfiaient assez brusquement et diminuaient ensuite progressivement. Les poussées congestives se produisaient surtout pendant la période des chaleurs. Elles se montrèrent aux bras presqu'en même temps qu'au visage. Ces poussées s'accompagnaient de démangeaisons et de cuissous pénibles.

Aucun traitement ne fut essayé.

Au moment de son entrée, le malade était en pleine poussée congestive: bouffissure de toute la face, œdème transparent des paupières qui s'entrouvraient à peine, larges taches rouges ou violacées et enfin taches purpuriques disséminées, principalement sur les joues. Les mains étaient également rouges et tuméfiées à la face dorsale où l'on voyait un certain nombre de taches de purpura bien limitées. Le malade ressentait en ces points des démangeaisons et surtout une sensation de chaleur pénible.

Le repos améliora très promptement cette poussée congestive qui commençait à s'apaiser dès le lendemain de l'entrée du malade. On vit les jours suivants, progressivement diminuer la congestion et la tuméfaction de la face et des mains, et le sang extravasé au niveau des taches purpuriques se résorber.

Actuellement, à la date du 18 avril, l'affection se présente avec les caractères suivants :

A la face, on observe sur les joues et sur le nez une sorte de grand placard d'une coloration rose ou violacée pâle, parsemé de taches rouges, peu saillantes, à contours assez nettement limités. Ces taches ne sont pas douloureuses au toucher et ont cessé d'être le siège de démangeaisons et

de cuissos. A ce niveau, la peau présente un peu d'épaississement et une mobilité que nous verrons plus accentuée sur les autres régions atteintes.

Au cou, les altérations paraissent, en effet, plus avancées. La peau présente un grand nombre de petits plis, elle est très mobile et manifestement trop large pour les parties qu'elle recouvre. Elle se présente avec cet aspect et sans rougeur bien marquée sur toute l'étendue du cou. Sur les parties latérales, on voit quelques taches rosées, permanentes, un peu saillantes, d'un aspect ortié.

Sur le tronc, les altérations occupent une zone très étendue à la partie supérieure et antérieure du thorax, en se continuant avec celles du cou. Elles descendent jusqu'à la hauteur des mamelons et même un peu au-dessous sur la ligne médiane. La peau un peu épaisse, est violacée légèrement ou d'un rose pâle ; elle est également très mobile et plissée suivant une sorte de quadrillage à mailles très petites. Ce vaste placard passe par-dessus les épaules en laissant un intervalle de peau saine à la base du cou ; il descend ensuite et s'étend entre les deux épaules. En somme, sa disposition peut être comparée à celle d'une pèlerine recouvrant la partie supérieure du dos, les épaules et descendant à la partie antérieure du thorax. En arrière, il descend le long de la gouttière vertébrale et s'étend de nouveau largement sur tout le thorax jusqu'au niveau de la ceinture. En ce point existent sur le flanc droit deux petites saillies molles. Le plissement cutané ne se limite pas exactement à la ceinture et se prolonge à la partie inférieure jusqu'au sacrum.

Au pourtour de l'ombilic on trouve aussi quelques saillies molles et flottantes, probablement d'origine cicatricielle.

Aux membres inférieurs, les altérations forment un placard assez étendu à la face postérieure des deux bras.

Rien de net sur les membres inférieurs ; le malade y ressent des démangeaisons, mais il faut tenir compte de la présence de varices volumineuses, surtout à gauche.

Pas de troubles de la sensibilité. Dans les aisselles, on trouve une hypertrophie ganglionnaire nettement accusée. Les ganglions sont aussi augmentés de volume au cou, dans les aines et un peu sous la mâchoire.

L'état général a été jusqu'ici assez bon ; pourtant le malade tend à maigrir. Les urines sont normales.

Sa mère est encore vivante ; son père est mort subitement à l'âge de 73 ans ; il a onze frères et sœurs tous bien portants. Il n'a jamais fait d'excès de boissons et n'a eu ni blennorrhagie, ni syphilis. Il a eu l'influenza il y a sept ans.

Après l'interrogatoire et l'examen de ce malade, il nous a semblé que nous pouvions porter le diagnostic d'erythrodermie prémycosique. La maladie remonte à six ans, ce qui explique l'étendue déjà assez considérable occupée par les lésions. Le malade n'avait jamais été frappé que de celles qu'il porte au visage et aux mains. Mais il est manifeste que les autres régions, cou, partie antérieure et postérieure de la poitrine, ont été aussi le siège de nombreuses pouss-

sées fluxionnaires, ainsi que semblent en témoigner le plissement et la mobilité de la peau. Quoi qu'il en soit, le malade ignorait l'existence de lésions cutanées en ces points, et il est certain qu'en dehors des poussées, il faut un examen très attentif pour les reconnaître et surtout pour bien les délimiter.

A la face, ce qui nous avait frappé tout d'abord, c'est l'existence des lésions purpuriques coïncidant avec la poussée fluxionnaire dont nous étions témoins. Cette particularité a contribué beaucoup à nous amener au diagnostic : en effet, l'un de nous, à l'Hôpital de Lourcine en 1889, avait observé une femme qui présentait assez fréquemment au visage des poussées fluxionnaires et purpuriques tout à fait semblables. Le diagnostic à cette époque ne put être porté, et l'affection fut rapportée aux habitudes d'alcoolisme de la malade. Mais plusieurs années après, M. de Beurmann, qui avait eu l'occasion de la voir plusieurs fois et de la suivre, put rectifier le diagnostic en constatant nettement le développement et l'évolution du mycosis. Il en fit même l'objet d'une communication à la Société de dermatologie.

C'est le souvenir de ce fait qui nous a mis sur la voie du diagnostic, corroboré par la constatation des grands placards érythrodermiques du tronc et des membres supérieurs, par celle des ganglions hypertrophiés du cou, des aisselles et des aines, et enfin par l'ensemble de symptômes et l'histoire même du malade et des poussées fluxionnaires successives qu'il a éprouvées. Cependant, malgré la conviction qui résulte suffisamment des données cliniques, nous comptons bien demander à la biopsie et à l'examen microscopique un complément d'information.

Sur une nouvelle variété de dermatose séborrhéique.

Par MM. H. HALLOPEAU et MICHaux.

Unna a depuis longtemps insisté sur le polymorphisme des éruptions séborrhéiques et il en a décrit nombre de formes diverses; l'un de nous en a fait connaître de nouvelles sous la dénomination de folliculites dépilantes.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter en offre un type qui, à notre connaissance, n'a pas encore été signalé; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Marie B..., âgée de 90 ans, entrée le 11 avril 1898, salle Lugol, lit n° 18.

La malade est habituellement bien portante.

Il y a trois ans, elle a eu, pendant deux mois, des vomissements

souvent répétés. Pendant cette période son estomac ne supporta que des liquides. Depuis, elle n'a plus présenté de troubles gastro-intestinaux.

Elle est à l'hôpital pour une éruption survenue il y a dix jours (1^{er} avril 1898).

Cette dermatose a débuté par le cuir chevelu. La malade présentait depuis longtemps des pellicules dans les cheveux, mais à partir du 1^{er} avril, la production de ces squames augmenta dans des proportions considérables, au point de former une couche épaisse.

Deux ou trois jours après, des lésions semblables se montrèrent au front, puis envahirent le reste de la face, sous forme de rougeurs et de croûtes blanchâtres. La veille de l'entrée de la malade dans le service, une éruption papulo-pustuleuse abondante apparut sur toute la surface du corps.

Au début, la malade a présenté des démangeaisons, peu vives toutefois, au niveau du cou. Actuellement le prurit n'existe plus. Jamais de suintement. Les phénomènes généraux ont été peu marqués; on note simplement une perte de diminution de l'appétit et de la courbature.

La malade n'a pas pris de médicaments.

État actuel, 12 avril 1898. — Au cuir chevelu, on trouve une abondante séborrhée sèche, caractérisée par des squames épaisses, brillantes, nacrées, psoriasiformes, se prolongeant sur les régions temporales et les oreilles.

A la face, sur le milieu du front, le nez, la partie voisine des joues, les lèvres et le milieu du menton, se trouvent des squames blanchâtres, se détachant difficilement au grattage, et formant un large placard allongé verticalement qui contraste singulièrement par sa blancheur avec la coloration rouge des parties latérales et donne ainsi à la face un aspect tout spécial. Il n'y a pas de suintement à ce niveau. Sur les parties latérales de la face, des papules disséminées, de couleur rouge-brun, non squameuses, présentent pour la plupart une pustulette non saillante dans leur partie centrale et se détachent sur la rougeur diffuse plus pâle.

Sur la nuque, on voit de larges placards rouges tapissés de squames blanches, brillantes et très épaisses.

Sur la face antérieure du cou et se prolongeant sur le sternum, existe une éruption papulo-pustuleuse, de coloration rouge sombre, lenticulaire, plane et disparaissant en partie momentanément sous la pression du doigt. Ces papulo-pustules sont nombreuses, et présentent un aspect lichenoïde, avec cette différence qu'il existe dans leur partie centrale un petit point de suppuration non saillant et marqué par une différence de coloration. Par places, ces papules sont confluentes, et la peau est plus chaude au niveau de ces placards.

Sur le reste du tronc, l'abdomen et le dos, les papules sont très nombreuses, non confluentes, toujours planes, d'aspect lichenoïde, mais plus saillantes; leur forme est arrondie; elles ne présentent pas de dépression punctiforme; il n'y a pas de collerettes à leur périphérie.

Elles sont rouges, dures, sèches, d'un volume variant entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une lentille. Elles présentent pour la plupart un point central grisâtre qui représente la pustulette profonde; le grat-

tage en détache une squame limitée exactement à cette partie médiane.

Entre les papules, la peau est normale, sans coloration érythémateuse.

Sous le sein gauche, existe un large placard d'intertrigo, bordé de papules semblables à celles qui existent ailleurs.

Les membres inférieurs présentent sur toute leur surface des papulo-pustules disséminées ayant les caractères précédemment indiqués : par places, en particulier au niveau des olécrânes, elles forment des placards saillants, semblables à ceux que l'on observe dans le psoriasis dépouillé partiellement de ses squames. Les papulo-pustules sont nombreuses sur le dos des mains ; elles existent à la face dorsale des phalanges. A la face palmaire, on voit des éléments suppurés, acuminés, plus nombreux au pourtour des ongles. Ceux-ci sont striés verticalement, mais cet état existait antérieurement.

Sur les membres inférieurs, les papulo-pustules sont beaucoup plus clairsemées qu'ailleurs ; elles sont d'un rouge vif. Le plus grand nombre d'entre elles présente un point central grisâtre. Il en existe sur la face dorsale des pieds. Au niveau des plis inguinaux, ces éléments sont confluents et forment de larges placards d'un relief très appréciable, de consistance parcheminée, à bords nets, présentant des sillons au fond desquels l'épiderme desquame. Autour de ces placards, on voit des papulo-pustules disséminées.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Il ne nous paraît pas douteux que nous n'avons affaire ici à une éruption d'origine séborrhéique.

Les antécédents de la malade, l'aspect du cuir chevelu, les caractères des placards des coudes ne laissent pas de doute à cet égard.

On pourrait penser à une éruption de lichen en raison de la forme et de la coloration sombre des papules, mais leur forme arrondie, et surtout la petite collection purulente que presque toutes présentent profondément dans leur partie centrale, non plus que l'éruption en plaques squameuses du visage, ne permettent de s'arrêter à ce diagnostic.

Les mêmes raisons permettent d'éliminer une syphilide.

Nous nous trouvons donc en présence d'une manifestation tout à fait anormale de la séborrhée.

Il est difficile d'en classer les lésions élémentaires.

Il s'agit évidemment de pustulettes, mais la goutte de pus est si minime qu'elle ne forme aucun relief et que l'élément reste le plus souvent plan, tout en faisant une saillie notable ; d'autre part, cette gouttelette se dessèche avec une telle rapidité que bientôt l'élément ne représente plus qu'une simple papule avec ou sans point pâle ou punctiforme dans sa partie centrale ; il n'existe jusqu'ici, dans notre musée, aucune altération semblable.

Comme particularités dignes d'intérêt chez cette malade, nous notons encore les vastes placards des coudes rappelant par leurs caractères ceux des plaques psoriasiques que l'on observe, dans les

mêmes régions chez certains séborrhéiques, l'existence, dans les régions inguinales, de lésions analogues, le masque tout spécial caractérisé par les placards squameux occupant dans toute sa hauteur le tiers moyen du visage et contrastant avec la coloration simplement érythémateuse des parties ambiantes, enfin la marche aiguë de l'éruption chez cette femme âgée de 90 ans.

Cette dermatose se sépare des folliculites par la forme toute différente et plane des éléments éruptifs, ainsi que par leur dissémination sur toute la surface du corps, leur extension à la paume des mains impliquant une participation des glandes sudoripares et l'absence de poils au centre de la plupart des éléments éruptifs; il nous paraît y avoir là une forme nouvelle de dermatose séborrhéique.

M. DUBREUILH. — Je crois qu'il s'agit là d'un psoriasis aigu anormal. Il n'existe pas de pustules; par le grattage on détermine sur tous les éléments l'éclat nacré des papules de psoriasis.

M. HALLOPEAU. — Lorsque la malade est entrée dans le service, tous les éléments étaient pustuleux. Actuellement ils se sont en partie desséchés et certains d'entre eux revêtent l'aspect psoriasiforme; mais il ne peut s'agir d'un psoriasis, car cette affection, à aucun moment de son évolution, ne présente de pustules.

M. BESNIER. — Lorsque la vésiculation est passagère, éphémère, il ne faut pas lui donner trop d'importance, si l'éruption s'est faite avec une grande acuité. En de telles circonstances la vésico-pustule est insuffisante pour caractériser le mal. Il est difficile de prononcer à première vue le diagnostic de l'affection que présente cette malade.

Syphilides hypertrophiques géantes de la face.

Par MM. EMERY et GLANTENAY.

Voici l'observation du malade que nous présentons :

B. H..., 39 ans, mécanicien. Entré le 28 mars 1898, salle Saint-Louis. Rien de remarquable dans les antécédents du malade. Blennorrhagie en 1880.

Chancre syphilitique à la verge vers le mois de juillet 1897. Roséole, plaques muqueuses buccales, etc.

Les lésions actuelles de la face ont débuté vers le mois de janvier 1898.

A cette époque, apparut pendant la durée d'un coryza intense, une petite érosion siégeant dans le sillon labio-nasal au niveau de la cloison. Cette érosion, recouverte de croûtes, fut fréquemment irritée par le malade qui enlevait ces croûtes.

Plate et superficielle à l'origine, elle changea bientôt d'aspect et devint papuleuse. Cette excroissance ne fit qu'augmenter de volume, devint franchement végétante, et, en quelques jours, acquit le volume et prit la physionomie de la lésion actuelle.

Sur la lèvre supérieure, comme soudée à la cloison nasale, se trouve une tumeur du volume d'une grosse noisette. Elle s'étend de la cloison nasale au bord muqueux de la lèvre supérieure. Sa base toutefois n'est pas nettement circulaire. En haut elle semble prendre racine dans les narines mêmes à l'aide de deux prolongements qu'elle envoie s'insérer sur les faces de la cloison nasale. La saillie qu'elle présente atteint un centimètre environ. Sa surface est recouverte de croûtelles jaunâtres assez adhérentes, insuffisantes à masquer cependant l'aspect fendillé et crevassé de la tumeur qui semble formée par l'étroite juxtaposition de végétations papilliformes.

Cette tumeur, très adhérente aux plans sous-jacents, s'effrite difficilement, n'est nullement douloureuse et ne saigne pas.

Aucun ganglion de voisinage.

Sur le menton, un centimètre environ au-dessous de la lèvre supérieure et à droite de la ligne médiane, se voit une seconde tumeur identique à la précédente, mais de dimensions plus petites.

Au niveau des commissures labiales se trouvent des plaques muqueuses recouvertes de croûtes. La face interne des joues et la langue du malade sont couvertes, à son entrée dans le service, de syphilides érosives et leucoplasiformes avérées.

Ces lésions ont été diagnostiquées par M. le professeur Fournier comme étant de nature syphilitique.

Quoique le type végétant hypertrophique des syphilides cutanées soit loin d'être une rareté en dermatologie, la présence d'éléments de ce genre à la face constitue une localisation tout à fait exceptionnelle. Il est vrai que dans l'observation ci-dessus, au moins pour la tumeur végétante sous-nasale, on pourrait invoquer des causes d'irritations externes (coryza prolongé, grattage, excoriation) analogues à celles qui ont été invoquées, par certains auteurs, pour expliquer la nature *inflammatoire secondaire banale* des syphilides végétantes siégeant habituellement dans les régions péri-vulvaires et péri-anales.

Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire de la main. Radiographie. Intégrité du système osseux, périostique et cartilagineux.

Par MM. EMEY et GLANTENAY.

Ce malade ne présente pas d'hérédité arthritique manifeste dans sa famille. Père et mère sont bien portants.

Il n'a jamais été malade antérieurement à son entrée à l'hôpital. En particulier, pas d'affections articulaires dans ses antécédents.

Le 9 janvier, à la suite d'un coït pratiqué le 5 janvier, le malade s'aperçoit qu'il a contracté une blennorrhagie. Cette affection a présenté beaucoup d'acuité à son début. Les mictions étaient très cuisantes. Les érections étaient particulièrement pénibles. Cette période aiguë a duré plus d'un mois.

Actuellement (7 avril) l'écoulement blennorrhagique entre dans sa période de décroissance. Les phénomènes inflammatoires ont disparu. La douleur est nulle, mais on constate encore la présence de gonocoques dans le pus.

Vers le 8 ou 9 mars, deux mois après le début de la blennorrhagie, le malade a ressenti dans l'articulation phalango-phalangienne de l'index droit de vives douleurs ; en même temps il s'aperçut que cette jointure augmentait de volume.

Peu à peu toutes les autres articulations phalango-phalangiennes des autres doigts se sont tuméfiées. Puis, à la main gauche, les mêmes articulations se sont prises simultanément.

Depuis, ces articulations n'ont pas changé d'aspect.

Actuellement on constate que, à chaque main, les quatre articulations phalango-phalangiennes sont tuméfiées, empâtées, formant une sorte de renflement arrondi, tandis que l'extrémité des doigts reste normale et paraît d'autant plus effilée par contraste. C'est la déformation considérée par M. le professeur Fournier comme caractéristique de l'infection articulaire blennorrhagique de la main et désignée par lui sous le nom de « doigts en radis » ou « doigts en fuseau ». Les articulations des deux pouces sont absolument indemnes.

A la palpation on sent un empâtement diffus périarticulaire, une sorte de réinitéte peu douloureuse de consistance uniforme. Pas de fluctuation.

Les douleurs spontanées n'existent qu'à peine, mais elles sont réveillées par les mouvements, d'ailleurs limités, qu'on peut imprimer aux articulations.

Les autres articulations du corps, la tibio-tarsienne en particulier, sont indemnes. Le malade a seulement ressenti quelques douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite. Cette articulation n'est pas tuméfiée, mais elle est sensible à la palpation et les mouvements dont elle est le siège sont légèrement douloureux.

Aucune autre complication, soit du côté des organes génitaux et urinaires, soit du côté des viscères (cœur, plèvre, etc.).

Toutefois le malade a présenté à plusieurs reprises des poussées de conjonctivite, que, d'après certains de ses caractères (insensibilité, récidives incessantes, guérison rapide sans l'emploi de topiques actifs), nous croyons devoir rattacher bien plutôt à la diathèse rhumatismale qu'à une contamination gonococcique directe.

Le traitement suivi avant son entrée à l'hôpital pour la chaudiépisse a été nul (tisanes émollientes, queues de cerises, chiendent, etc.). Traitement institué depuis son entrée : grands lavages au permanganate de potasse.

Les cas d'arthropathies présentant ces localisations et une semblable physionomie, considérés par certains auteurs et notamment par le professeur Fournier comme tout à fait pathognomoniques, de l'infection articulaire d'origine blennorrhagique, ne sont pas absolument rares. Aussi l'intérêt de cette observation réside-t-il bien plus dans les constatations anatomo-pathologiques dues à l'emploi de la radiographie que dans la description clinique de cette affection bien connue.

On peut en effet remarquer sur la planche radiographique que nous devons à l'obligeance de M. Brault, l'intégrité parfaite de tout le système osseux, périostique et cartilagineux des deux mains.

On y distingue nettement aussi les renflements dus à l'infiltration des tissus cellulaires péri-articulaires, mais les extrémités épiphysaires phalango-phalanginiennes et leurs surfaces articulaires paraissent indemnes de tout travail inflammatoire.

Dans cette forme du rhumatisme blennorrhagique des mains, et à cette période du moins, il faut donc admettre la non-participation du système osseux et périostique au processus inflammatoire de la région.

C'est à cette particularité anatomo-pathologique qu'il faut attribuer sans doute la bénignité de cette affection qui ne revêt presque jamais les formes plastiques ankylosantes considérées par certains auteurs comme les conséquences d'arthrites aiguës dans lesquelles le gonflement des tissus périarticulaires se complique du gonflement des extrémités osseuses et périostiques et d'altérations cartilagineuses.

M. JACQUET. — Je pense que la radiographie ne permet pas d'éliminer un processus osseux en voie d'évolution, car les tissus osseux jeunes se laissent traverser par les rayons.

M. BALZER. — Je partage l'opinion de M. Jacquet. Le tissu osseux jeune peut se couper avec le rasoir. A ce sujet, la récente communication de M. Rettner à la Société de biologie est fort instructive.

M. MORY. — Je pense de même et voici pourquoi. A la suite d'une fracture les 2 segments furent réunis par suture. Radiographiée, la fracture ne présentait aucune production de cal, aucune consolidation, et cependant le malade pouvait remuer le membre fracturé. La consolidation se faisait en réalité, mais l'os jeune se laissait traverser par les rayons.

Enfant né d'une mère syphilitique et présentant à l'avant-bras une malformation qui semble être une amputation congénitale.

Par M. PAUL BAR.

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter est né dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 mars dernier.

Sa mère est une femme de 24 ans, multipare. Elle s'est mariée à l'âge 17 ans; jusque-là elle n'avait guère été malade. Elle avait été seulement atteinte à 4 ans d'une coqueluche. Elle ne présente aucune malformation. Elle ne connaît dans sa famille ni dans celle de son mari personne qui présente une anomalie analogue à celle qu'a son enfant. Elle devint enceinte au mois d'avril 1891, immédiatement après son mariage, et s'aperçut, dès le début de sa grossesse, de la présence de plaques à la vulve; mais elle ne suivit aucun traitement. Elle accoucha au septième mois d'un enfant mort et macéré. On ne sait si l'enfant était porteur de malformations.

Trois mois après sa délivrance, elle vit son mari entrer à l'hôpital Saint-Louis, elle y entra elle-même; on ludit, nous rapporte-t-elle, qu'elle était atteinte de syphilis. De l'enquête que nous avons faite, il résulte que sa pancarte portait le diagnostic « Roséole ». On cautérisa les plaques qu'elle porte à la vulve; elle prend quinze pilules de protoiodure d'hydrargyre et plusieurs flacons d'une solution d'iodure de potassium.

Notre malade devient enceinte une seconde fois, un an plus tard; elle accoucha au huitième mois d'une fille macérée.

En 1893 elle devient veuve et se remarie après avoir pris pendant plusieurs mois de l'iodure de potassium. Elle ne présentait, à ce moment, nous dit-elle, aucun accident apparent de syphilis.

Son mari actuel est bien portant et n'a jamais eu d'accidents syphilitiques.

Elle devient enceinte une troisième fois, et accouche à terme d'un enfant qui meurt au bout d'un mois.

Elle est enfin enceinte une quatrième fois en 1897. La grossesse se poursuit sans aucun incident et se termine à terme par l'expulsion d'un enfant très volumineux (3,800 gr.) paraissant très vigoureux, mais qui porte au membre supérieur gauche la malformation suivante: Le bras est de forme et de dimensions normales. L'articulation du coude n'est le siège d'aucune anomalie, mais à 2 centimètres environ du pli du coude, l'avant-bras semble amputé. Le moignon ainsi formé présente à son extrémité une manchette au centre de laquelle est une dépression. Du fond de celle-ci s'élève une saillie polypiforme, charnue, d'apparence molluscoïde.

L'examen histologique nous a montré qu'en aucun point il n'y a de tissu cicatriciel. La petite masse polypiforme est constituée par du tissu fibreux recouvert d'une couche épidermique complète. La peau sur laquelle elle s'insère a une structure normale. Au cours de la biopsie que nous avons pratiquée il s'est écoulé une assez grande quantité d'une substance d'apparence

crémeuse, et entièrement formée de graisse. Il semble, à la palpation du moignon, que les deux os de l'avant-bras sont bien formés, et qu'ils sont nettement coupés au niveau de leur diaphyse. L'examen radioscopique ne nous a malheureusement été d'aucune utilité, nous n'avons pu distinguer les os qui sont probablement cartilagineux.

Le placenta ne présentait aucune malformation et l'amnios était intact.

Ce fait nous a paru être intéressant :

1^o Au point de vue de l'anomalie dont cet enfant est porteur. Malgré l'apparence, il ne s'agit pas d'une amputation congénitale. Le défaut d'ossification des os de l'avant-bras, l'absence de tissu cicatriciel au bout du moignon, la présence de cette petite masse poly-piiforme et qui est peut-être le rudiment d'un membre, l'absence de brides sur l'amnios doivent nous faire penser qu'il s'agit peut-être d'un cas d'ectromélie simulant une amputation congénitale.

2^o Quel que soit le diagnostic porté, ce fait est encore intéressant parce que l'enfant est née d'une mère syphilitique ; que celle-ci, mariée à un syphilitique, a eu peu de temps après le début de la syphilis deux enfants morts et macérés. Mariée ensuite à un homme sain, elle eut deux enfants qui naquirent à terme : le premier qui mourut en moins d'un mois, à la suite d'accidents indéterminés ; le dernier, qui naquit sept ans après le début de la syphilis, est très vigoureux, mais se présente avec l'anomalie que nous venons de décrire.

M. BARTHÉLEMY. — L'observation si intéressante de M. le Dr Bar apporte un document de plus à l'enquête qui est ouverte sous l'impulsion de M. le professeur Fournier et, d'après mes recherches personnelles, sur la part qu'il convient d'attribuer à l'hérédité syphilitique dans les insuffisances de structure et de résistance, tares, malformations ou atrophies, monstruosités et stigmates de dégénérescence, partant, soit sur l'ensemble de l'organisme, soit sur un seul organe, glande ou tissu.

Dans toutes les observations relatant des faits de ce genre, l'étiologie n'est pas recherchée. Certes la syphilis n'a pas le monopole de ces tristes résultats ; mais les nombreuses observations publiées dans ces derniers temps montrent qu'elle est loin d'y être étrangère : on verra plus tard dans quelle mesure. Il y a lieu de noter aussi les nævus, plats et vasculaires, qu'on observe sur cet enfant.

Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux.

Par M. HALLOPEAU.

C'est le quatrième cas de cette nature que nous avons l'honneur de présenter à la Société : un autre a été publié par M. Darier.

Cette modalité éruptive paraît donc n'être pas très rare.

L'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Th..., âgée de 60 ans, entrée salle Lugol, lit n° 10, le 27 mars 1898, est de constitution vigoureuse. Sa santé antérieure a été généralement bonne. L'éruption actuelle date d'il y a 2 ans. On n'a pu obtenir des détails précis sur ses caractères initiaux. Les lésions élémentaires sont des taches blanches, arrondies, présentant, pour la plupart, dans leur partie centrale une dépression punctiforme; un certain nombre d'entre elles sont entourées d'un fin réseau vasculaire. Elles ne sont, en général, ni déprimées, ni saillantes; quelques-unes seulement font un léger relief; leurs contours, polygonaux ou arrondis, sont nettement limités; leur surface est d'un blanc brillant; les éléments sont isolés, ou agminés, plaques irrégulières, ou confluentes.

Quelques-unes de ces plaques sont disséminées au-devant et au-dessus des seins; le groupe le plus remarquable est une large nappe qui s'étend transversalement entre ces organes et au-dessous d'eux et remonte jusqu'à leur partie la plus élevée: les éléments éruptifs, à ce niveau, sont confluentes. Ils sont révélés par d'innombrables dépressions punctiformes et l'augmentation de la consistance de la peau.

Tous ces éléments sont décolorés; nulle part, on ne voit la coloration habituelle du lichen plan. Les dépressions punctiformes signalées sont occupées par des concrétions squameuses.

Des placards semblables, mais moins étendus, siègent vers le milieu de la clavicule et à la partie inférieure du cou. On en trouve en arrière, sur la partie médiane de la région lombaire; les éléments y sont agminés; leurs dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille. Ici, les papules forment un léger relief et quelques-unes ont une coloration rosée. On y remarque toujours les mêmes dépressions punctiformes. La malade accuse des démangeaisons très vives sur ces régions. Les faces palmaires des avant-bras sont également intéressées. Les membres inférieurs sont indemnes. La cavité buccale est intacte.

Ce fait nous paraît digne d'intérêt, surtout en raison des caractères de la plaque inter-mammaire; les éléments y sont tellement confluentes que, sans les dépressions punctiformes qui les révèlent, il serait impossible de reconnaître la nature de l'éruption; on n'avait pas encore signalé cette variété de lichen en nappe aussi étendue.

Un autre fait digne de remarque, déjà signalé plusieurs fois, et qui paraît être de règle dans cette forme de lichen, est l'absence complète d'éléments colorés: en présence d'une semblable dermatose, on est toujours porté à se demander si l'on a affaire à des lésions primitive-ment scléreuses et achromiques ou s'il s'agit d'une transformation régressive d'éléments vulgaires de lichen de Wilson; les faits sont en faveur de la première interprétation, car, s'il en était autrement, on verrait des papules banales de lichen se produire aux phases initiales de leur développement: dans aucun cas il n'en est ainsi.

L'existence de vives sensations prurigineuses au niveau de ces éléments scléreux indique encore qu'ils représentent des éléments en activité.

Nous noterons enfin l'aspect absolument plat de la plupart des éléments; il contraste avec ce que l'on observe dans la forme classique où au contraire les éléments forment le plus souvent un relief appréciable.

Lésions du nerf optique dans l'héréo-syphilis.

Par M. SAUVINEAU.

Des altérations du fond de l'œil s'observent fréquemment dans l'héréo-syphilis. Mais elles ont une importance très variable au point de vue du diagnostic. Celui-ci n'est pas douteux, lorsqu'on observe ces taches atrophiques et pigmentaires, dues à une chorio-rétinite, analogue à ce qu'on rencontre dans la syphilis acquise. Il ne l'est pas davantage, à notre avis, quand on trouve au fond de l'œil les lésions caractéristiques de la rétinite pigmentaire dite congénitale, dont jusqu'ici on a ignoré l'origine et que nous croyons, d'accord avec M. Galezowski devoir être rattachée à la syphilis héréditaire. Avec M. le professeur Fournier, nous vous en avons présenté, en 1896, une observation qui nous paraît concluante.

Mais en dehors de ces cas bien tranchés, il en est d'autres et très nombreux sur lesquels l'attention a été peu attirée jusqu'ici, et où les lésions très peu marquées ne sont que de simples vestiges du processus ancien. Ce sont trois fillettes présentant des cas de ce genre que je vous présente aujourd'hui.

Deux d'entre elles appartiennent au service de M. le professeur Fournier. La troisième, sœur d'une des deux premières, est dans le service de M. le Dr Balzer.

Respectivement âgées de 12, 10 et 8 ans, elles présentent toutes trois des stigmates divers d'héréo-syphilis. Chez les deux plus jeunes, sœurs de père et de mère, ce sont des cicatrices cutanées, des malformations dentaires, etc., de l'incontinence d'urine chez l'une, une syphilide tuberculeuse du nez et de la lèvre supérieure chez l'autre.

Pour la troisième fillette, on est frappé à première vue par le manque de développement physique de l'enfant, laquelle, âgée de 12 ans et demi, en paraît bien 6 à 7 au plus. Son développement intellectuel présente un retard analogue. On constate de plus une asymétrie crânienne et faciale très marquée, des malformations du pavillon de l'oreille, une vulnérabilité dentaire très marquée, enfin un léger strabisme convergent alternant.

Chez ces trois fillettes, on retrouve, à des degrés divers, très marquées chez la plus âgée, un peu moins bien caractérisées chez les deux autres, mais très manifestes encore, les lésions du nerf optique, sur lesquelles je désire attirer votre attention.

M. Antonelli (de Naples) dans un travail sur les « stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire » mentionne les altérations de la papille optique, parmi ces stigmates rudimentaires, au même titre que les modifications pigmentaires, les lésions vasculaires, etc. A tort suivant nous, car les lésions du nerf optique dans l'héredo-syphilis, loin d'être rudimentaires, sont très franchement et nettement caractérisées dans la plupart des cas.

Les modifications pigmentaires proprement dites mériteraient peut-être, à plus juste titre, ce terme de stigmates rudimentaires. Mais il ne nous paraît pas admissible qu'on rattache directement à l'héredo-syphilis ces modifications pigmentaires (cadre pigmentaire péri-papillaire, raréfaction de l'épithélium rétinien, aspect tigré de la choroïde, etc.). Elles ont toujours été considérées jusqu'ici et décrites dans les atlas d'ophtalmoscopie comme de simples anomalies. Nous les avons recherchées systématiquement chez de nombreux malades héredo-syphilitiques du service de M. Fournier, et si nous les avons rencontrées assez fréquemment chez ces malades, en revanche nous les avons observées non moins souvent en ville et dans divers hôpitaux, chez des sujets de tout âge, manifestement indemnes de toute syphilis, soit héréditaire soit acquise. Les anomalies pigmentaires n'ont donc pas de signification nette, au point de vue du diagnostic. Elles ne doivent être considérées que comme de simples stigmates de dégénérescence, pouvant tenir, il est vrai, à l'héredo-syphilis, mais pouvant aussi être liées à toutes les autres hérités pathologiques. Il ne faut pas, en un mot, y attacher plus d'importance qu'à tout autre stigmate de dégénérescence, tel que la pigmentation anormale des iris, l'inégalité ou les malformations congénitales de la papille, etc.

Tout autre est la signification des lésions du nerf optique. Celles-ci sont des traces plus ou moins prononcées, mais toujours manifestes quand elles existent, d'une névrite optique, constamment bilatérale. La papille optique est plus ou moins décolorée, mais d'une teinte blanc grisâtre ou blanche uniforme; on ne voit jamais la lame criblée. La papille est plate, sans excavation. Quelquefois même, elle présente encore, chez les très jeunes sujets, une légère saillie. Les bord sont flous, parfois tout à fait invisibles, soit sur tout le pourtour de la papille, soit par segments. Les veines sont volumineuses, les artères grêles et recouvertes par places par des exsudats anciens, généralement au niveau des limites de la papille ou sur la papille même. L'origine des veines est parfois également recouverte.

Ces traces de névrite optique peuvent coexister avec des anomalies

pigmentaires, mais il n'est pas rare de les observer absolument isolées. Dans certains cas, la papille s'étend et se confond sans limites précises avec la rétine voisine et paraît entourée d'un anneau d'aspect grenu, grisâtre. Mais à l'image droite, on constate aisément que cet aspect est dû à la régression et à la transformation des exsudats anciens et non à des modifications pigmentaires.

Ces lésions, qu'on n'observe pas chez les sujets sains, se rencontrent d'une façon extrêmement fréquente dans la syphilis héréditaire, plus marquées surtout chez les jeunes sujets. Il nous paraît donc raisonnable de les rattacher directement à la syphilis héréditaire, soit que l'infection syphilitique ait déterminé chez ces sujets une névrite périphérique, soit qu'elle ait touché les nerfs optiques par l'intermédiaire d'une méningite basilaire.

En résumé, nous pouvons conclure :

1^o Les traces de névrite optique existent fréquemment dans la syphilis héréditaire. Leur présence constitue en faveur du diagnostic un caractère de premier ordre.

2^o Les modifications pigmentaires doivent être envisagées comme un simple et banal stigmate de dégénérescence.

M. BARTHÉLEMY. — Qu'il me soit permis d'appuyer sur la communication de M. Sauvinau et sur la distinction si juste qu'il fait entre les lésions directement hérédo-syphilitiques et les stigmates, les dystrophies et les anomalies de structure que l'hérédité syphilitique a pu créer ou laisser se produire dans le fond de l'œil. Cette conclusion est, à mon avis, celle qui se rapproche le plus de la vérité. Les premières lésions sont curables par les spécifiques ; les secondes sont justiciables des modificateurs généraux et constituent de simples stigmates de dégénérescence qu'inflige à courte échéance la tare syphilitique à la race humaine.

Deux cas de paralysie générale pseudo-conjugale et post-conjugale.

Par MM. P. SPILLMANN et G. ÉTIENNE.

Un certain nombre de cas de paralysie générale conjugale ont déjà été publiés (1) (Goldschmitt, Ziehen, Wendel, Westphal, Evrard, Rebis, Callem, Acker, Morel-Lavallée, Devez). Nous signalons cependant les deux faits suivants, en raison des circonstances plus complexes qu'ils présentent, bien propres à montrer combien, dans l'état actuel de nos connaissances, il faut être réservé avant de

(1) DENFLER. *Syphilis et paralysie générale*. Thèse de Nancy, 1893.

HENRY. *Thèse*, Bordeaux, 1893-1894. Cet auteur signale 23 cas.

nier la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint de démence progressive.

Ces observations nous paraissent, en outre, venir à l'appui de l'hypothèse de M. Morel-Lavallée qui pense que certaines syphilis, une certaine graine de syphilis, auraient particulièrement tendance à attaquer le système nerveux.

OBSERVATION I. — M^{me} P..., âgée de 29 ans, appartenant à une bonne famille de la campagne, est amenée le 23 octobre 1897 à la clinique.

Nous ne trouvons rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Elle n'aurait jamais été malade, lorsqu'il y a un an, dans des circonstances restées obscures, elle fit une chute dans une cave et se fit ainsi une petite plaie du cuir chevelu qui évolua normalement et se cicatrisa rapidement.

Il paraît établi que depuis un mois avant cette chute, la malade aurait déjà présenté de légers troubles de la parole. Mais deux mois après cet accident les modifications de la parole devinrent très frappantes et apparaissent les troubles de l'intelligence et les tremblements.

État actuel. — La malade est absolument hébétée ; toutes ses facultés intellectuelles sont très amoindries ; elle comprend les questions qu'on lui pose, mais y répond difficilement, d'une voix saccadée ; elle se rappelle son âge, mais pas la date de sa naissance, malgré ses efforts pour arriver à préciser.

Hallucinations ; nuits agitées ; alternatives d'excitation et de dépression.

Céphalée intense.

L'inégalité pupillaire existe, mais n'est pas permanente.

Pas de nystagmus.

La recherche des modifications des sensibilités est impossible.

Les réflexes sont exagérés.

La force musculaire est conservée ; la malade peut marcher.

Tremblement rapide des mains ; tremblements fibrillaires de la langue.

On est obligé d'alimenter la malade.

Incontinence des urines et des matières fécales.

L'haleine est très fétide.

Par principe, on institue le traitement mercuriel sous forme d'injection d'huile grise, joint au traitement ioduré à forte dose.

4 décembre. La malade ne peut exécuter au commandement les mouvements les plus simples ; elle ne peut marcher seule.

Tremblement des muscles de la face au repos ; tremblement des mains et des doigts au repos et au mouvement, permanent, à oscillations rapides et de moyenne amplitude.

Trémulations linguaes, labiales et faciales ; parole caractéristique.

La malade ne peut trouver son nom, la localité de sa naissance, mais elle peut les répéter lorsqu'on les prononce devant elle, ou enachever la dernière syllabe. Elle ne peut reproduire une phrase de plus de trois mots.

Gâtisme nocturne ; pendant la journée, la malade peut retenir les

matières à condition que, à chaque instant, on la conduise à la garde-robe.
Pas d'inégalité pupillaire.

Les réflexes du genou sont conservés ; pas de phénomène du pied.
Sortie le 3 décembre.

Dans cette observation, le diagnostic de paralysie générale, à type déprimé, sans mégalomanie, avec ses modalités assez spéciales à la femme, ne peut faire de doute. Mais nous ne trouvions pas trace d'infection syphilitique chez cette fille de la campagne, appartenant à une bonne famille, lorsque, par une source sûre, nous avons appris qu'il y a une dizaine d'années, elle avait eu des relations sexuelles discrètes, mais certaines, avec un officier d'infanterie ayant contracté, plusieurs années auparavant, une syphilis qui resta incomplètement traitée ; à cette époque, il avait des plaques muqueuses, et lui-même succomba, au mois d'août dernier, à Marseille, aux atteintes d'une paralysie générale.

Obs. II. — R..., forgeron, se marie en 1887, à 27 ans ; pendant son service militaire, il contracte un chancre induré qui a été traité par des pilules pendant 4 mois. Pas d'autre traitement. Pas d'alcoolisme.

En 1893, hésitation de la parole, tremblement, idées délirantes ; ictus avec hémiplégie droite. Mort 6 mois après.

Pendant son mariage, sa femme a eu trois grossesses, qui, toutes, se sont terminées à sept mois par la naissance prématurée d'un fœtus mort et macéré.

Dix-huit mois après son veuvage, cette femme se remarie avec un homme bien portant, dont elle n'a pas d'enfant.

Elle se présente à l'un de nous en février 1897 ; elle a 33 ans et est en pleine paralysie générale, avec parole hésitante, scandée ; troubles de la mémoire ; tremblement de la langue et des membres ; inégalité pupillaire ; idées délirantes.

La malade affirme n'avoir jamais eu ni boutons ni taches sur le corps. Étant donné l'état psychique de la femme, ce renseignement est évidemment sujet à caution ; mais s'il est exact, la question se poserait d'une syphilisation conceptionnelle.

**Leucoplasie et épithélioma primitif de la voûte palatine
chez un ancien syphilitique.**

Par M. J. BRAULT.

Au dire des auteurs, l'épithélioma primitif de la voûte palatine est encore plus rare que l'épithélioma primitif du voile qui est déjà une lésion tout à fait exceptionnelle.

Cette année nous avons eu cependant l'occasion d'en observer un

cas des plus typiques et la rareté extrême du fait nous engage à publier cette observation et à la présenter à la Société :

OBSERVATION. — G..., retraité de la marine, âgé de 69 ans, d'une très robuste constitution, vient nous consulter le 20 octobre 1897.

Depuis deux mois environ, il souffre de violentes névralgies et a remarqué qu'il était porteur d'une plaie à la voûte palatine. Il n'a fait jusqu'à présent que des lavages boriqués et quelques applications de chlorate de potasse qui lui ont été conseillées.

L'interrogatoire nous apprend que le malade a eu une syphilis il y a environ 40 ans, il a eu des accidents secondaires légers, puis un testicule syphilitique et enfin une choroïdite double, lésions qui ont cédé à un traitement spécifique énergique. Je dois ajouter en passant, à titre de simple remarque bien entendu, que presque tous les gens atteints d'épithélioma buccal ou *surtout lingual* que j'ai pu voir, avaient eu la syphilis dans leur jeunesse.

G... raconte qu'il y a deux ans, il se brûla le palais avec de l'eau sédative avalée par mégarde. Depuis, sans bien préciser, il a vu survenir dans cette région, ce qu'il appelle des « peaux »; ce n'est que depuis deux mois environ que cette desquamation en larges placards a fait place à une ulcération.

Au moment où j'examine le malade il existe à droite, en pleine voûte palatine, une ulcération à fond grisâtre à peu près de la dimension d'une pièce d'un franc, en un point le squelette est déjà à nu et tranche sur le reste par sa coloration brun noirâtre. Le pourtour de la plaie qui saigne peu est à peine bourgeonnant, il y a simplement un léger bourrelet induré. Tout autour, la muqueuse est recouverte de lambeaux blanchâtres prêts à desquamer. L'haleine est fétide. Il n'y a rien par ailleurs dans la bouche, sur les joues, etc.; il s'agit bien d'une ulcération primitive de la voûte. Des deux côtés je rencontre des ganglions sous-maxillaires, plus volumineux à droite; de ce côté l'on sent également une adénite sous-mastoïdienne.

Le malade souffre beaucoup depuis quelques jours, il se plaint de douleurs violentes dans l'oreille et dans l'orbite du côté droit. Ces douleurs ne sont pas exclusivement nocturnes, elles reviennent d'une façon irrégulière et par crises très pénibles. L'état général reste bon, l'appétit seul a un peu faibli.

En face de cette desquamation préalable, de l'aspect de la lésion et de l'engorgement ganglionnaire, je pose le diagnostic d'épithélioma primitif de la voûte palatine consécutif à une phase de *leucoplasie*.

Étant donnés l'envahissement ganglionnaire des deux côtés, le siège des lésions, toute intervention me semble contre-indiquée.

Le malade réclame, en raison de ses antécédents, le traitement antisyphilitique qui l'a déjà sauvé deux fois, dit-il, dans son existence. A regret, je lui prescris de l'iode à doses progressives jusqu'à 6 grammes et des frictions mercurielles, en lui recommandant de s'arrêter de bonne heure s'il ne voyait pas d'amélioration. J'institue en outre le traitement de Cerny de Prague par le mélange d'acide arsénieux dans l'eau et l'alcool (1).

(1) Voir *Semaine médicale*, p. 161, 1897.

Cette préparation m'a bien servi dans quelques cas de cancroïdes de la face, l'un d'eux qui siégeait sur une aile du nez, n'a pas récidivé depuis un an (1).

Quatre semaines plus tard, je revois le patient, il n'y a pas eu de notable amélioration, l'état général périclite, le malade a pris la teinte jaune paille caractéristique, il a considérablement maigri. Les ganglions ont augmenté de volume surtout dans la région sous-mastoïdienne droite. Les douleurs sont de plus en plus vives, intolérables à certains moments; j'extrais un séquestre qui pointe et devient offensant pour la langue.

J'en profite pour prélever un petit fragment du néoplasme afin de pratiquer un examen histologique. (Ce dernier nous a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.) Le traitement local est continu, antisepsie buccale, cautérisations avec le liquide de Cerny, piqûres de morphine dans les crises douloureuses.

Pendant tout le mois suivant, je revois à diverses reprises le malade qui est obligé maintenant de garder la chambre.

Les adénites sous-maxillaires et sous-mastoïdiennes sont devenues énormes; les douleurs persistent malgré tous les calmants prescrits et ne cèdent que momentanément à la morphine; le malade mène une existence des plus lamentables, l'appétit est nul, les forces déclinent rapidement, la salivation est abondante, il y a de temps à autre des tendances à la syncope.

L'état local cependant n'est vraiment pas mauvais, il y a bien une perforation assez large, mais l'ulcère est asséché, nettoyé et l'haleine ne présente plus une aussi grande fétidité (2).

Malheureusement, ganglions et cachexie progressent, les forces déclinent de plus en plus et le malade meurt le 15 février 1898.

Telle est cette observation qui peut prendre place à côté d'un cas semblable signalé par M. Brissaud, en raison de la leucoplasie palatine qui a précédé le développement de l'épithélioma. Je tiens surtout à insister en terminant sur les symptômes cardinaux qui ont marqué l'évolution de cette affection: leucoplasie préalable, épithélioma à développement accéléré et térébrant, attaque rapide du squelette, adénopathies très considérables, douleurs irradiées du côté de l'oreille et de l'orbite, douleurs à la fois aiguës et tenaces.

(1) A rapprocher de la communication de M. Hermet dans la dernière séance.

(2) Le traitement de Cerny m'a donné également une amélioration locale dans un cancer de la langue inopérable, mais c'est tout, il ne peut pas grand' chose sur l'épithélioma des muqueuses et rien sur l'adénopathie.

Lèpre tuberculeuse traitée par les injections de calomel.

Par M. J. BRAULT.

D'après ce que j'ai pu lire, Crocker aurait eu deux succès en appliquant les injections de calomel au traitement de la lèpre; j'ai voulu essayer à mon tour ce mode thérapeutique. Voici mon observation.

S. A... entre le 2 février 1898 dans notre clinique annexe (pays chauds); elle est âgée de 16 ans, et présente, comme on va le voir, tous les attributs de la lèpre tuberculeuse.

Elle ne fait pas partie du groupe connu à Alger et habitant plus particulièrement « la Carrière »; elle vient de Blidah, où elle est née de parents espagnols originaires des environs de Valence et arrivés tout jeunes en Algérie. Elle-même n'a jamais quitté le pays qu'une seule fois, pour aller très peu de temps à Marseille (1).

Elle nie, ainsi que sa mère, toute espèce d'antécédents héréditaires; mais en l'interrogeant nous apprenons qu'elle a déjà été soignée autrefois par le Dr Glorget à Blidah lorsqu'elle était petite fille. En nous reportant à la thèse de notre confrère (Montpellier, 1889), nous y trouvons non seulement la relation de ce qu'elle présentait déjà à cette époque, mais *encore l'histoire détaillée de sa grand'mère qui a succombé à l'affection*. Le père et la mère sont très bien portants. Cette dernière couche habituellement avec sa fille, *souvent elle mange les mets que celle-ci laisse*; malgré cela, elle est parfaitement indemne et en très bonne santé.

S. A... a plusieurs frères et sœurs; sa sœur aînée, âgée de 18 ans, ne présente absolument rien, mais au dire de quelqu'un qui connaît la famille, un frère venant après elle serait mort de la maladie; j'ai vu deux autres de ses sœurs plus jeunes, l'une d'elles, âgée de 6 ans, a présenté sur les avant-bras une éruption douteuse qui a laissé des cicatrices ponctuées. Tels sont les renseignements sur la famille.

Lorsque notre jeune personne fut soumise à l'observation de notre confrère, M. Glorget, en 1889, elle était atteinte déjà depuis au moins deux ans; elle avait eu une première macule à la face interne du bras droit et une éruption de taches semblables sur les membres et la face.

Au moment de son séjour à l'hôpital de Blidah, elle avait déjà un peu le facies léonin, mais très peu accentué, ainsi que l'on peut en juger par la photographie de cette époque (2). Elle présentait de l'anesthésie au niveau des taches légèrement surélevées, de l'extinction de voix. Il n'y avait pas d'autres troubles nerveux ou viscéraux.

Actuellement, huit ans plus tard, les lésions ont grandement marché.

(1) Outre cette jeune fille, j'ai pu observer, ces temps derniers, deux cas de lèpre chez des israélites qui sont venus me consulter: une forme mixte chez un homme et une forme tuberculeuse atténuée siégeant à la face chez une septuagénaire.

(2) Voir thèse de Glorget, Montpellier, 1889.

Le visage, couvert d'énormes tubérosités, est le siège d'une infiltration lépromateuse diffuse et présente le type le plus parfait de ce que l'on appelle le masque léonin.

Les sillons naso-géniens semblent profondément creusés, de gros tubercules les surplombent, d'autres se voient sur les régions frontale, sourcilière, la racine du nez, les lèvres et la région mentonnière. Toutes ces parties présentent des reliefs extrêmement mouvementés. Les sourcils sont tombés, mais les cils restent; la chevelure noire est épaisse; l'infiltration lépromateuse qui constitue le masque s'arrête d'ailleurs aux confins du cuir chevelu. Le nez, surtout son aile droite, est surchargé de gros nodules; les lèvres fissurées présentent des exulcérations grisâtres; les pavillons des oreilles sont également boursouflés et leurs lobules profondément déchiquetés (1).

Il n'y a pas de complications oculaires, mais il existe une rhinite lépreuse assez accentuée, la malade a eu d'ailleurs assez fréquemment des épistaxis; les fosses nasales sont tapissées d'un enduit grisâtre, la cloison est perforée, l'odorat et le goût sont cependant conservés (2).

La langue tubéreuse et fissurée est également typique, enfin l'on rencontre des ulcérations à la voûte palatine, en arrière de l'arcade dentaire supérieure.

Il n'y a pas de lésions laryngées, la voix a conservé son timbre jeune et contraste au plus haut degré avec le facies horriblement vieilli de cette toute jeune fille.

Le tronc, peu développé, est à peu près indemne, mais en revanche, la peau des membres, surtout dans le segment inférieur, est largement bourrée et zébrée de nodules et de macules de coloration plus ou moins foncée. Tout cela se sent encore mieux que cela ne se voit. Les cuisses sont aussi atteintes, il en est de même des fesses qui sont profondément infiltrés, il n'y a pas toutefois nettement de nodules hypodermiques purs. D'une façon générale, les membres inférieurs, augmentés de volume, présentent tous les caractères d'un œdème pseudo-éléphantiasique.

Dans tous les points où des pressions s'exercent de préférence, il y a tendance à l'exulcération: au niveau de l'olécrâne, à l'extrémité des orteils, à la face antérieure des tibias. Sur la jambe gauche, l'on remarque une ulcération presque du diamètre d'une pièce de cinq francs; dans le voisinage on voit des cicatrices chéloïdiennes qui reconnaissent la même origine.

Malgré un examen minutieux, l'on ne trouve nulle part d'adénopathies.

Il n'y a aucun nodule névritique, aucune déformation ou mutilation, aucune paralysie ou parésie motrice, les réflexes sont normaux. La malade qui aurait, à son dire, présenté à un certain moment des zones anesthésiques, n'est insensible qu'au centre des parties exulcérées que nous avons signalées chemin faisant. Ajoutons à cela un peu de cyanose des extrémités.

(1) Tout cela a une teinte fauve caractéristique.

(2) C'est l'habitude.

Je le répète, les divers sens : goût, odorat, ouïe, vue, toucher, sont normaux.

La lèpre touche volontiers l'appareil génital ; MM. Hallopeau et Jeanselme ont rapporté ici même un beau cas d'orchite lèpreuse à poussées aiguës (1). Notre malade, atteinte avant la puberté, a présenté, comme c'est l'habitude, un arrêt ou du moins un retard du côté de ses fonctions génitales : elle n'est pas encore réglée à 16 ans, ce qui est tout à fait extraordinaire dans nos pays.

L'analyse des urines faite sommairement a donné :

Albumine.....	0
Sucre.....	0
Urée.....	23 gr.
Phosphates.....	2 gr. 50

Il n'existe pas de troubles viscéraux, la percussion donne une matité normale pour le foie et pour la rate, les poumons sont sains. La malade d'ailleurs jusqu'en ces derniers temps a travaillé comme ménagère, les forces et l'appétit sont conservés.

Le bacille a été recherché dans le mucus nasal et *dans les fissures des lèvres*; dès le premier examen nous l'avons trouvé, nous avons répété plusieurs fois l'expérience à notre laboratoire, nous l'avons toujours rencontré en amas discrets dans les cellules, en colorant par le Ziehl et en décolorant avec la *solution nitrique au tiers* (2).

Tel est ce type aussi pur et aussi complet que possible de lèpre tuberculeuse, de lèpre systématisée tégumentaire.

Passons au traitement, il a consisté dans des pulvérisations phéniquées pour la bouche et la face, l'administration de chlorate, d'iодure à doses progressives jusqu'à 6 grammes et d'injections de calomel. Nous avons, en outre, fait des applicatious de pâte à l'oxyde de zinc mentholé de M. Besnier sur les ulcération cutanées.

Pour le traitement iodurique, nous avons augmenté la dose par bonds quotidiens de 50 centigr. et nous sommes rapidement arrivé à la dose de 6 grammes, à laquelle la malade se tient depuis plus de cinq semaines.

Notre jeune fille a montré une remarquable tolérance pour les injections mercurielles ; il est vrai de dire en passant, qu'elle a une bonne dentition (3). A aucun moment, elle n'a présenté cette anémie, cette lassitude que j'ai remarquées souvent chez les psoriasiques (4) lorsque je les soumettais au même traitement ; les urines n'ont jamais été albumineuses.

La malade a reçu une première injection de 5 centigr., puis de huit

(1) HALLOPEAU et JEANSELME. *Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1893.

(2) Nous avons fait, bien entendu, une double coloration.

(3) On aurait même pu se dispenser de lui donner du chlorate.

(4) *Bulletin de la Société de dermatologie*, juillet 1895 et juillet 1896.

en huit jours, une injection de 10 centigr., elle a eu en tout 4 piqûres, soit: 35 centigr. Dès la deuxième injection, comme avec beaucoup de traitements, une poussée aiguë s'est produite, puis à la suite, il y a eu une accalmie qui dure encore, les macules ont pâli et les nodules se sont un peu affaissés, les ulcérations des lèvres, de la jambe et des coudes se sont cicatrisées ; mais il faut tenir compte que la lèpre est une maladie à fluctuations trompeuses, présentant des rémissions, des trêves et des reprises qui peuvent fort bien leurrer au point de vue de l'efficacité d'un traitement quelconque.

Pour mon compte, je trouve l'amélioration si minime dans le cas actuel, que j'hésite à persister et à continuer les piqûres au calomel.

Il est évident que je me suis attaqué à un cas tout particulièrement grave et ancien et par conséquent très défavorable à la méthode ; mais je compte essayer à nouveau, dans des conditions meilleures, et si j'obtiens quelque succès, j'en ferai part à la Société.

Éruption antipyrinique.

Par M. L. SIBUT.

Les éruptions dues à l'antipyrine pour connues qu'elles soient sont encore incomplètement classées. Il est nécessaire de distinguer ces éruptions en deux grandes classes cliniques : celles qui s'accompagnent de phénomènes généraux parfois très graves (1) (Ruge), et celles qui intéressent la peau sans déterminer de réaction générale. Ce sont celles-ci qui nous occuperont. Il nous a semblé en effet que le travail le plus récent (2) paru sur la question n'avait pas tenu assez compte de certaines formes éruptives dues à l'antipyrine, qui sont chroniques et méritent le nom de fixes que leur a donné M. Brocq. Justement nous avons eu la bonne fortune d'examiner une malade ainsi atteinte.

Nous allons d'abord tracer le tableau clinique de notre malade.

Andrée G..., âgée de 27 ans, prostituée dite insoumise, entre le 18 janvier 1898, dans le service du Dr Jullien, pour une blennorrhagie. Elle avoue faire commerce de ses charmes depuis six mois environ.

Son père, après avoir toussé et craché le sang pendant cinq ans, est mort d'une hémorragie pulmonaire. Sa mère est morte d'une jaunisse de cause inconnue. Elle a six frères et sœurs dispersés et sur lesquels elle ne sait aucune particularité.

(1) RUGE. Ueber einen Fall von Antipyrin Idiosyncrasie. *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 32 p. 726.

(2) CLÉMENT. Thèse de Paris, 1896-1897. *Des accidents dus à l'antipyrine.*

Elle-même a souffert de 3 à 10 ans d'un mal de Pott cervical, dont son squelette a conservé les marques sous forme d'une déviation rachidienne et d'un torticolis symptomatique.

Elle a eu à 17 ans et demi un garçon de père inconnu, dont l'accouchement prématuré (huit mois) n'a donné lieu à aucun accident. Cet enfant est mort à 15 jours des suites d'une opération nécessitée par une imperforation de l'uréthre.

Elle dit être tombée récemment (trois mois) sur le genou gauche qui se serait déboité. Il persiste en effet une très légère subluxation traumatique du genou en dedans, une difficulté à fléchir le membre et quelquefois des douleurs.

Malgré ses antécédents déplorables, l'auscultation et la percussion ne décèlent aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Elle a une urétrite à gonocoques et une ulcération du col, avec ectropion de la muqueuse, endocervicite, mètrite, vaginite et vulvite.

Elle n'a pas la syphilis.

Depuis l'âge de 16 ans, elle souffrait de migraines hebdomadaires dont elle essayait de se soulager par l'antipyrine. G... usa de ce médicament d'abord en cachets, à la dose quotidienne de 1 gr., rarement deux. Depuis quatre ans, elle n'absorbe que du sirop d'antipyrine, environ deux cuillerées par jour. De ci, de là, à propos d'une rage de dents, d'une lourdeur de tête intercurrente, elle faisait usage de son médicament favori. Il y a donc onze ans qu'elle prend de l'antipyrine au moins une fois la semaine.

Par hasard, il y a six ans, elle constate un jour, en faisant sa toilette, qu'elle a une tache brune dans la région lombaire, cette tache est grande comme une pièce de 1 franc. G... ne s'en inquiète pas, mais sa curiosité est éveillée, elle s'examine souvent et avec attention : la tache grandit peu à peu, fonce en couleur, subissant de nouvelles exacerbations à chaque prise d'antipyrine, si bien que la malade pose elle-même le diagnostic. Quelques démangeaisons légères la tourmentaient au début, mais bientôt éteintes elles n'ont plus jamais reparu.

Actuellement à la partie moyenne du côté gauche du tronc, à 35 millim. environ de la ligne apophysaire rachidienne, on voit une large tache ovaire, obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors ; ses dimensions sont :

Grand axe supéro-inférieur : 69 millim. ;

Petit axe transversal : 43 millim.

Les bords de la tache quoique paraissant bien limités à l'œil nu, sont à la loupe un peu flous. Leurs parties extrêmes sont rosées et leur coloration s'atténue en se diffusant vers les parties saines, stigmate de l'extension continue et par poussées successives de l'affection. La lésion est généralement colorée en brun très sombre, cette coloration va se dégradant du centre à la périphérie. Tout de suite brune à son début, elle a foncé toujours et de plus en plus. Dans la région centrale se voient quelques points plus clairs, chamois, irréguliers, à bords tourmentés et qui sont, croyons-nous, des cicatrices de vésicules antérieures rompues. La peau ne donne au toucher, pas plus qu'à la vue d'ailleurs, nulle sensation d'exhaussement au-dessus des parties voisines, pas plus que d'infiltration ou d'in-

duration. La sensibilité est conservée. La lésion n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression. Elle ne s'efface pas sous le doigt. Il n'y a pas de desquamation.

En différents points du tégument, surtout du tégument dorsal, se voient de petites taches lenticulaires, irrégulières, non saillantes, non infiltrées, de coloration brunâtre mais qui ne paraissent pas être en relation avec les accidents antipyriniques.

L'éruption est essentiellement fixe, car voici bientôt deux mois que la malade ne prend plus d'antipyrine et la lésion cutanée ne s'est en rien modifiée ou atténuée.

A la vue de la malade, notre excellent maître, le docteur Jullien, formula sans hésiter le diagnostic. Il se rappelait en effet avoir observé en 1893 des accidents exactement semblables chez un malade de sa clientèle.

Cette observation a paru dans la thèse de Guilloud (1). Nous allons la résumer.

M. V... consultait M. Jullien pour une syphilis récente. Un jour il montre à notre maître une poussée d'éléments particuliers parus dans la nuit. Il y a cinq éléments répartis ainsi : un sur la face antérieure de la cuisse gauche, un au scrotum, un à la jambe, un à l'avant-bras, face antérieure, l'autre à la face dorsale d'un doigt. « Chacun d'eux offre une légère saillie de la peau qui présente au centre une teinte vineuse violette, à la périphérie la teinte tourne au rouge. La forme est ovale. Les plus grands éléments mesurent 6 centim. dans le grand diamètre, 4 dans le petit. » M. Jullien avoue qu'à cette époque il ne sut quelle étiquette appliquer à cette éruption, bien que le malade fût revenu plusieurs fois lui montrer de semblables accidents. Six mois plus tard le Dr J. Guillaud d'Aix, après avoir montré M. V... au professeur Gailleton de Lyon, lui écrivait : « Je suis fort en peine de mettre un nom sur les taches brunes de M. V.... Elles ne semblent pas vouloir disparaître pour le moment. »

M. Jullien ajoute que peu de temps après, M. Brocq ayant fait sa communication à la Société de dermatologie, il fit venir M. V... chez lui et apprit ainsi que chaque poussée éruptive coïncidait avec une prise de un gramme d'antipyrine.

M. Brocq a relaté l'histoire clinique de plusieurs malades qui avaient plus d'un point de ressemblance avec la nôtre. Nous voulons résumer ici quelques-unes de ces observations magistrales :

1^o Femme de 25 ans. Plaque rouge un peu bistre, à bords assez nets, de 3 centim. sur 2, siégeant à la partie antérieure du poignet gauche, fonçant en couleur au moment des règles. Origine : la malade ayant des

(1) GUILLOUD. *Contribution à l'étude des éruptions de l'antipyrine*. Thèse de Paris, 1894.

menstrues douloureuses tentait d'apaiser les douleurs pelviennes par l'antipyrine.

2^e Lésion analogue sur la face dorsale de la main droite d'une jeune fille.

3^e Dame de 50 ans. Plaques ovalaires assez bien limitées, rouge bistro, surtout sur les bords, pigmentée au centre, siégeant au bras gauche, à l'épaule gauche, à la région lombaire, ayant apparu six mois auparavant. Le placard de la région lombaire mesure 8 centim. sur 5, sa teinte brun noirâtre s'éclaircit sur les bords. Les téguments sont épaisse, infiltrés; la lésion n'est pas douloureuse. Les premières périodes d'activité de la lésion furent marquées par des cuissous accentuées.

4^e Observation semblable chez un homme.

Leloy, Claremont, Lemonnier ont cité des faits semblables. Chez le malade de Lemonnier, après la cessation de l'antipyrine, persista long-temps une plaque à la nuque de la dimension d'une pièce de un franc.

Voilà des observations qui, notamment celles (3 et 4) de Brocq, s'identifient beaucoup à la nôtre. Quelques détails d'importance relative les distinguent. Les téguments de la malade de M. Brocq sont infiltrés, ceux de la nôtre sont restés souples. On ne voyait pas chez la malade de M. Brocq les stigmates clairs qui marquent le centre de la lésion chez la nôtre. C'est un point qui mérite de fixer l'attention.

Nous avons dit plus haut que nous considérions ces taches claires comme des vestiges de vésicules préexistantes, rompues et cicatrisées. Il y aurait eu ainsi chez notre malade association de la forme érythémato-pigmentée fixe de M. Brocq et de la forme vésiculaire, dont M. le professeur Fournier a observé un cas des plus intéressants simulant le psoriasis syphilitique palmaire, qui certes aurait égaré tout autre clinicien que lui.

Dans la classification des formes éruptives dues à l'intoxication anipyrinique, Clément (*loc. cit.*) établit les divisions suivantes:

- a) Forme érythémateuse simple de courte durée disparaissant à la pression, pas de desquamation, pas de phénomènes généraux;
- b) Éruption morbilliforme constituée par de petites papules, de grosseur, de confluence et de couleur variables, surmontées parfois de petites vésicules s'effaçant à la pression;
- c) Éruption urticarienne revêtant tous les modes de l'urticaire vraie, dont elle se distinguerait par sa plus longue durée;
- d) Éruption vésiculeuse empruntant toutes les formes de l'herpès;
- e) Éruption bulleuse;
- f) Éruption purpurique.

Cette classification, pour conscientieuse qu'elle soit, ne nous paraît pas complète. Dans laquelle en effet de ces classes faire rentrer les cas d'éruption érythémato-pigmentée fixe chronique ou de longue durée?

Les quatre derniers groupes distingués par Clément ne sauraient les comprendre. Elles ne peuvent se confondre avec la forme érythématoise simple qui s'efface à la pression et dure peu, pas plus d'ailleurs qu'avec les éruptions morbilliformes les plus confluentes qui elles aussi disparaissent sous le doigt. Cependant Clément a connu les observations de M. Brocq, mais il ne paraît pas en avoir tenu suffisamment compte, bien qu'il écrive que certaines taches pigmentées foncent au fur et à mesure des poussées, ne disparaissant jamais malgré que l'intoxication antipyrinique n'ait plus lieu et depuis long-temps (4 ans).

Un des caractères particuliers et constants de ces éruptions érythémato-pigmentées fixes est l'absence ou plutôt le peu de durée et le peu d'intensité du prurit. Quand il existe, c'est au début de l'affection.

Bien des théories ont été émises pour expliquer l'influence de l'antipyrine sur la peau de certains sujets : successivement on a accusé les doses importantes, l'accumulation, la préparation chimique du médicament. Pour Behrend, l'antipyrine détermine la formation d'une toxine réagissant sur la peau. Pour Grancher, l'antipyrine bien moins puissante n'aurait que la faculté de réveiller des toxines préexistantes. MM. Besnier et Brocq accusent la prédisposition morbide individuelle que le médicament ne fait que mettre en jeu. Malheureusement un même malade peut être la proie d'éruptions successives objectivement différentes. A Lyon, Renaut et Lépine incriminent une insuffisance temporaire du rein due à l'antipyrine. Bardet croit à un réflexe gastrique chez les prédisposés et Jasewicz appuie cette hypothèse. M. Fournier conçoit les éruptions antipyriniques comme causées par l'accumulation.

Quoi qu'il en soit des explications pathogéniques, l'antipyrine est nocive à certains sujets chez lesquels, sans parler des accidents généraux à forme grave, elle détermine des éruptions polymorphes dont une des principales modalités est la forme érythémato-pigmentée fixe, qui quelquefois peut acquérir un caractère de chronicité désespérant pour le malade et le médecin, d'autant que, à part la suppression, parfois impuissante, du toxique, la thérapeutique est nulle.

M. DU CASTEL. — J'ai observé parfois des intermittences dans l'intolérance médicamenteuse.

M. Brocq. — Il faut peut-être distinguer les cas où l'antipyrine est pure et ceux où elle est falsifiée. Certains auteurs incriminent uniquement l'antipyrine impure; d'autres prétendent que les accidents sont indépendants de la pureté ou de l'impureté du médicament. Peut-être les deux opinions sont-elles vraies suivant les sujets, ce qui expliquerait en partie l'intolérance intermittente dont a parlé M. DU CASTEL et que, pour ma part, je n'ai jamais observée.

M. FOURNIER. — Voici une macule antipyrinique qui persiste depuis six ans et peut-être onze ans, et bien que cette malade ait continué à prendre de l'antipyrine il ne s'est pas produit d'autre éruption. Ce fait me paraît très rare et je ne connais rien de semblable dans la science.

La presque totalité des éruptions antipyriniques sont en effet très fugaces. Je ferai remarquer en passant qu'elles se portent souvent sur la verge.

J'ajoute enfin que souvent l'intolérance médicamenteuse n'a qu'un temps; tel malade qui ne pouvait, par exemple, supporter aucune dose d'iode de potassium peut, après un ou deux ans, en prendre impunément, sans que nous sachions la raison de ce fait.

M. BROcq. — L'intolérance passagère peut s'observer pour tous les médicaments. Quant à la pigmentation, elle est essentiellement variable suivant les sujets. J'ai observé des macules presque noires et qui ne disparaissaient qu'après plusieurs mois. Quand les malades continuent de prendre l'antipyrine, il est possible de ne plus observer d'éruption intense mais seulement un peu de rougeur qui suffit à entretenir la pigmentation.

M. SIBUT. — Cette malade a remarqué en effet que son éruption devient plus foncée chaque fois qu'elle prend une nouvelle dose d'antipyrine.

M. BARTHÉLEMY. — Les éruptions médicamenteuses offrent encore bien des inconnues. D'abord, certains sujets sont d'une sensibilité exceptionnelle, comme on le voit pour les éruptions balsamiques par exemple. Mais si l'on persiste à administrer le médicament, une fois produite l'éruption pathogénétique, la tolérance se fait désormais sans plus, et l'éruption médicamenteuse disparaît comme si les balsamiques avaient été supprimés; aussi, maintenant, il m'arrive de ne pas discontinuer le traitement à cause d'une éruption médicamenteuse. M. le Dr Leblond a observé la même chose avec la résorcine. Ayant administré ce médicament par l'estomac jusqu'à la dose de 10 grammes par jour, il y eut des urines noires; chez plusieurs malades, il crut devoir continuer l'administration du médicament qui ne donna plus lieu ultérieurement à aucune espèce d'accident.

M. BESNIER. — Depuis que M. Brocq nous a appris à connaître la variété d'antipyrinide (1) dont il s'agit, il est devenu aisé de la reconnaître, même réduite à un élément unique. Tout récemment encore, j'ai pu, sans difficulté, établir la nature antipyrinique d'une plaque palmaire vraiment syphiloïde.

Mais ce qui est certainement moins connu, ou peut-être non connu, c'est l'association de l'intolérance interne et externe pour l'antipyrine : Je viens d'observer une dame d'âge moyen, chez qui l'usage interne de l'antipyrine donne lieu à une urtication générale intense, et qui, atteinte d'une épistaxis abondante, subit un tamponnement narinaire antipyriné.

(1) Les éruptions antipyriniques forment un groupe de toxidermies assez considérable, et assez individualisé à tous les titres pour légitimer la création que je propose du terme abréviatif d'*antipyrinides*. E. B.

Tous les points touchés par le liquide hémostatique écoulé hors des tampons d'ouate, et particulièrement la partie rouge des lèvres, subirent une véritable vésication en même temps qu'il survenait des phénomènes d'uréthrocystite antipyrinique très pénible.

J'ajouterais, à titre documentaire, que la fille de la malade dont il vient d'être question présente la même intolérance que sa mère pour l'antipyrine, et sous la même forme éruptive.

M. VÉRITÉ. — Je profite de cette occasion pour appeler l'attention de la Société sur certains remèdes dont la composition est secrète et qui sont préconisés couramment contre la migraine.

Beaucoup d'entre eux renferment de l'antipyrine, d'une façon avouée ou non, et sont susceptibles de provoquer des éruptions antipyriniques ; il faut donc ne les employer qu'avec précaution.

Chancres mous des doigts.

Par M. L. SIBUT.

Depuis Ducrey nous comprenons parfaitement que le chancre mou puisse se développer sur tous les points du tégument externe. Les muqueuses sont également frappées : celles des premières voies digestives jouissent d'une immunité relative probablement parce qu'elles sont constamment lavées par les liquides organiques. Il existe bien quelques observations de chancre mou de l'amygdale et de la langue, mais à part quelques-unes où le diagnostic bactériologique intervint, elles sont controvées par la grande majorité.

Les localisations extra-génitales du bacille de Ducrey, qu'elles soient primitives ou secondaires, n'en sont pas moins cliniquement fort intéressantes. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas dans des conditions si parfaites que nous avons cru utile d'en publier et d'en conserver la mémoire.

Marie-Louise M..., âgée de 16 ans, exerce la profession de modèle pour artistes ; elle a été déflorée à 15 ans et demi et avoue à son entrée dans le service, 24 janvier 1898, faire la noce depuis deux mois. Arrêtée, elle est examinée au Dispensaire de la Préfecture de Police qui la dirige sur Saint-Lazare avec le diagnostic d'ulcérations suspectes du col.

Tout le museau de tanche n'est qu'un chancre, le cul-de-sac latéral gauche en contient deux autres, enfin deux ulcères de même nature s'observent sur la face postérieure du vagin, dans sa partie supérieure. On trouve dans les aines de légers ganglions, sans importance d'ailleurs, car cette femme très sale a les membres inférieurs couverts d'écchardures, d'égratignures, de portes d'entrée multiples.

Cette fille est pansée avec de la boue de salol. Mais craintive, mal con-

seillée, elle retire fort souvent ses tampons, si bien que le 16 janvier 1898 apparaît un nouveau chancre mou à l'anneau vulvaire. Huit jours plus tard, éclosion d'un chancre périnéal.

Poussée par une inquiétude naturelle, cette fille portait constamment ses mains à ses organes génitaux et sachant son mal profond tentait de parvenir jusqu'à lui en enfonçant son index dans le vagin. Aussi une inoculation spécifique ne tarda-t-elle pas à se faire au niveau d'une égratignure siégeant sur la face dorsale de l'index gauche à la hauteur de la 2^e phalange. Huit jours environ après l'entrée de la malade dans le service du docteur Jullien apparut, à son dire, un petit bouton sur son doigt. Déman-geaison, grattage, excoriation, ulcération. L'ulcère ainsi formé se creusa de plus en plus pendant un septénaire environ, sans douleur, accompagné d'une inflammation vive du doigt, puis peu à peu sa virulence s'atténua et le processus cicatriciel commença. Il est actuellement à peu près terminé. C'est une guérison parfaitement spontanée.

Une semaine s'était écoulée depuis la première inoculation digitale quand une inoculation semblable se fit au médius de la main opposée sur un point identiquement symétrique. Interrogée, la malade ignore la lésion banale qui a servi de porte d'entrée au micro-organisme. Bien entendu elle céla plus que jamais ces accidents, ne se déterminant à se confier à nous, la semaine dernière seulement, que grâce à quelques vagues douleurs qui l'effrayèrent heureusement.

Actuellement, à la main gauche se voit une tache violet sombre occupant toute la partie supérieure du dos de la deuxième phalange de l'index, la coloration de cette lésion s'atténue progressivement de la périphérie au centre. Un cercle de desquamation épidermique, irrégulier, la festonne. Au centre siège une légère croûte jaunâtre environnée d'un second cercle de desquamation épidermique semblable au premier, mais moins important.

Au point correspondant du médius de la main droite s'étale une large tache rouge vif, enflammée, s'élevant progressivement de la périphérie au cratère central. Celui-ci, dont les bords sont à pic et largement décollés, a un fond jaune sale, velvétique, tomenteux, saignant facilement. A la pression on voit de dessous les bords de l'ulcère sourdre un pus jaune, très fluide. La lésion est tout entière bordée d'un large feston desquamatif. La consistance générale est franchement molle.

Il n'y a sur le dos de la main ni lymphangite, ni rougeur, ni œdème. L'aiselle gauche est absolument libre; la droite, au contraire, contient un énorme ganglion mobile et douloureux. Toutefois la malade, sans une légère sensation de gêne, ignoreraît cette complication.

Jamais ces ulcères digitaux ne l'ont vraiment fait souffrir; toutefois elle ne se décida à consulter pour eux qu'après avoir été tourmentée et surtout effrayée par quelques douleurs névralgiformes, fugaces, légères, parcourant le dos de la main droite.

Le pus recueilli sous les bords du chancre droit nous a montré au microscope le bacille de Ducrey parfaitement caractéristique.

Cette auto-inoculation secondaire nous a porté à rechercher dans

les archives du service de notre excellent maître le docteur Jullien, les cas de même nature. Sur un total de près de 2,000 observations nous n'en avons trouvé qu'un. Il s'agissait d'une femme entrée à Saint-Lazare en 1894 pour un énorme chancre mou de la face interne des grande et petite lèvres gauches et qui portait une seconde ulcération chancelleuse dans la partie interne de la moitié inférieure de la phalange du pouce droit. Cette inoculation secondaire s'était faite au niveau d'une incision chirurgicale pratiquée contre un petit abcès. Ce chancre digital ne s'était accompagné ni de lymphangite, ni d'adénite spéciale et la guérison fut prompte.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés:

Président : M. ERNEST BESNIER.

Vice-présidents : MM. FOURNIER, MAURIAC, DOYON.

Membres du comité de direction : MM. BALZER, BROcq, GAUCHER, LE PILEUR, TENNESON.

Secrétaires annuels : MM. DUBREUILH, PERRIN, WICKHAM, LEREDDE, BRODIER, GASTOU.

Membres titulaires : MM. BAZY, CRÉQUY, GALIPPE, SIBUT, SOTTAS.

Membre correspondant : M. BECK-SOMA (de Buda-Pest).

Le secrétaire,

LOUIS WICKHAM

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Alopécie.

Alopécie neurotique (A case of neurotic alopecia), par W.-S. GOTTHEIL. *Medical Record*. Philadelphie, 21 août 1897.

Homme de 34 ans, sans antécédents pathologiques, ne buvant pas d'alcool. A la suite de préoccupations causées par un chômage, il commence à perdre le sommeil et l'appétit, maigrit considérablement, puis perd graduellement les cheveux et tous les poils du corps. En deux mois tout son système pileux, qui était très développé, disparut complètement malgré l'amélioration de l'état général sous l'influence d'un traitement tonique.

W. D.

Alopécie congénitale (Ueber Alopecia congenita), par P. ZIEGLER. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 213.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'alopecie congénitale complète chez une jeune fille de 17 ans. Au dire de ses parents elle est née absolument sans cheveux, d'ailleurs normalement développée ; elle est la plus jeune de 11 frères et sœurs qui ne présentent, non plus que les parents et les grands-parents, aucune anomalie relativement à la croissance des cheveux. Depuis l'apparition des règles, à l'âge de 13 ans, il survint toutes les 4 semaines sur les tubérosités occipitales un petit bouquet de cheveux noirs qui disparaissait avec la cessation de la période menstruelle ; depuis cette époque il serait survenu un léger duvet sur les joues. Les dents et les ongles sont normaux. Il y a un an apparurent quelques poils d'aspect normal sur les arcades sourcilières et sur les paupières.

L'examen microscopique d'un petit fragment de peau excisé du cuir chevelu, dans la région du vertex, montra que l'épithélium était normalement développé avec de nombreuses papilles ; dans toutes les coupes on ne trouvait ni cheveux ni papilles pilaires, mais de nombreuses glandes sébacées, bien développées, en partie plusieurs fois ramifiées. Ces glandes présentaient les phases les plus différentes du développement cellulaire, leurs canaux excréteurs à épithélium pavimenteux stratifié normal s'ouvraient dans de petites dépressions infundibuliformes de l'épithélium de la surface épithéliale.

Au voisinage des glandes sébacées, en général à leur base, constamment éloignés de l'épithélium superficiel, se trouvent des tubes épithéliaux en petit nombre, isolés à calibre large, le plus souvent circulaire. L'épithélium consiste en 4 à 6 couches, à la base épithélium cylindrique peu élevé, transformé vers l'intérieur en cellules polygonales aplatis en 3 à 5 couches ; les plus extérieures présentent, outre les noyaux, des granulations d'éléidine, les plus internes sont la plupart sans noyaux. A l'intérieur de la lumière des canaux on trouve, en différents points des con-

tour de cellules isolés sans noyaux et des détritus, mais jamais aucune trace de cheveux.

Les tubes sont enveloppés de tissu conjonctif disposées circulairement, dans la région desquelles arrivent des fibres musculaires lisses qui, correspondant aux muscles érecteurs des poils très développés, tirent obliquement de la surface vers la profondeur contre les glandes sébacées et les tubes. On trouve, aussi, des fibres musculaires lisses au voisinage des glandes sudoripares, ces glandes se rencontrent en quantité et position normales, de forme normale aussi bien en ce qui concerne la glande que le conduit excréteur.

Au début, la malade a suivi sans aucun résultat un traitement arsenical, puis un traitement thyroïdien.

A. DOYON.

Anatomie et physiologie normales de la peau.

Les fibres élastiques des lymphatiques cutanés (Beitrag zur Kenntniss der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zur den Lymphgefassen der Haut), par C. BECK. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 401.

L'auteur dans ce travail communique l'observation qu'il a eu l'occasion de faire sur les rapports des fibres élastiques avec les vaisseaux lymphatiques du prépuce. Sur des préparations colorées avec l'orcéine, d'après la méthode de Taenzer-Unna, il a constaté, déjà à un faible grossissement, que le vaisseau lymphatique, l'amas de cellules qui l'entoure et les capillaires sanguins qui existent là sont entourés par une enveloppe commune, composée de fibres élastiques.

Bien que cette observation ait été faite sur un prépuce malade, on peut également en conclure que dans l'état normal il y a un rapport identique des fibres élastiques avec les vaisseaux lymphatiques du prépuce et très vraisemblablement aussi avec ceux de la peau du pénis. Cette enveloppe élastique qui enferme donc les vaisseaux lymphatiques avec le réseau capillaire sanguin serait analogue, suivant l'auteur, à ce système de fibres élastiques qui existe dans l'avantice des vaisseaux sanguins.

Beck regarde comme très vraisemblable que ces fibres élastiques jouent, dans des conditions physiologiques, un rôle prédominant dans la régularisation du calibre des vaisseaux lymphatiques et qu'ils ont à remplir un rôle encore plus essentiel dans les processus pathologiques, surtout ceux dans lesquels le virus pathogène progresse par la voie des lymphatiques, comme par exemple dans la syphilis. Selon toute apparence, cette enveloppe élastique empêche jusqu'à un certain point non seulement l'extension des vaisseaux lymphatiques, mais elle oppose aussi un obstacle à la migration des cellules provoquée par le virus syphilitique, et, le cas échéant, des néoplasies du tissu conjonctif.

A. DOYON.

Perméabilité de la peau normale (Zur Frage über die Permeabilität der normalen Haut, par MANASSEIN). *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 323.

La plupart des auteurs s'efforce de résoudre cette question par la voie physico-chimique et il n'existe qu'un nombre insignifiant de travaux dans lesquels le rôle principal et l'importance décisive reviennent au micros-

cope. Manassein croit que ce sont les difficultés d'exécution pour les travaux mentionnés en dernier lieu qui ici jouent un rôle important, car il faut partir du point de vue que, si on réussissait à trouver dans les préparations microscopiques de la peau les substances qui sont l'objet des recherches, on aurait en même temps résolu la question d'une façon ou d'une autre, suivant le point où on aurait trouvé ces substances. Innombrables sont les travaux publiés sur cette question, et sous beaucoup de rapports ils ne répondent pas aux exigences modernes.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les différentes recherches qui ont été faites depuis Oesterlen (1843) jusqu'à du Mesnil (1893), l'auteur rappelle une étude expérimentale et microscopique qu'il a publiée en 1894 sur la perméabilité de la peau vivante des mammifères. Dans ce travail le microscope jouait le principal rôle; il s'est servi de lapins et de chiens. Il a fait 94 expériences et plus de 1,000 préparations microscopiques dont les résultats sont identiques au fond, malgré quelques différences dans les recherches.

La peau intacte des mammifères, malgré des conditions les plus favorables, est imperméable aux solutions aqueuses et alcooliques malgré un contact immédiat, d'une durée plus ou moins longue, mais toutefois pas excessive.

La peau intacte des mammifères est imperméable aux substances avec le mode ordinaire de frictions, quand bien même auparavant on a mis la peau dans les conditions les plus favorables.

Les substances en suspension peuvent pénétrer à différentes profondeurs dans les follicules pileux.

L'auteur expose ensuite le résultat des observations qu'il a faites en examinant des préparations provenant de la peau d'un syphilitique mort subitement et auquel un jour encore avant sa mort on avait fait, en l'absence de tout symptôme sur la peau, des frictions d'onguent mercuriel. L'auteur décrit ensuite en détail la technique qu'il a employée pour ses recherches et à laquelle il attache une grande importance. En examinant les préparations de la peau de ce syphilitique, il n'a pu trouver aucune trace de corpuscules de mercure, si ce n'est dans les sillons qui séparent les unes des autres les papilles de la peau, dans les follicules pileux et ça et là entre les squames les plus superficielles de l'épiderme.

Sur des coupes obliques les corpuscules de mercure sont disposés concentriquement autour du poil.

Dans la partie supérieure des préparations se trouvent des agrégats complètement libres de corpuscules de mercure. Dans quelques sillons de la peau on voit des amas de corpuscules de mercure. Il y avait en outre des corpuscules de mercure dans les follicules pileux, mais non dans tous, souvent même on n'en trouvait pas dans ceux dont les poils étaient tombés.

Des expériences de contrôle lui ont en général donné les mêmes résultats, avec cette différence importante que, dans de très nombreuses préparations, même dans les dépressions de la peau, on ne pouvait pas constater de corpuscules de mercure. Mais là où ils existaient, leur nombre était notablement plus faible, en même temps que dans certains

sillons de la peau ils se trouvaient sous forme de couches d'agrégats et tranchaient nettement sur les parois des dépressions.

En résumé, l'auteur croit pouvoir déduire de ses recherches que la peau vivante intacte des mammières est imperméable aux pommades par la méthode ordinaire de frictions, et que, avec cette méthode, la pommade peut pénétrer dans les follicules pileux à des profondeurs variables. A. D.

Cancer cutané.

Carcinome serpigineux multiple, par P. G. UNNA. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Femme de 51 ans, ayant eu il y a 10 ans, sur le nez, des taches rouges, plates, légèrement élevées, se recouvrant de croûtes jaunâtres, irrégulièrement bosselées, s'enlevant difficilement, qui peu à peu s'étendirent sur la partie inférieure du nez, l'orifice narinaire, la lèvre supérieure et la joue droite, puis sur la tempe gauche, puis, toujours avec les mêmes caractères, sur d'autres régions du visage.

A la région temporale droite, tumeur plus large qu'une pièce d'un thaler, dépassant de près de 1 centimètre le niveau de la peau, à surface gris jaunâtre, sèche, traversée de bosselures et de plis irréguliers, bordée par un ourlet mince, d'un rouge sombre; après avoir enlevé les croûtes qui sont peu adhérentes, on constate que la tumeur est réniforme, qu'à sa partie moyenne il s'est fait une guérison spontanée représentée par des points cicatriciels de couleur blanche ou bleuâtre; la région supérieure, réniforme, en voie de progression, montre deux zones concentriques, l'interne plane, rougeâtre, très irrégulièrement mamelonnée avec de petites squames jaunes très adhérentes, l'externe sous forme d'un bord épais boursouflé, très rouge, ferme, de 1/2 à 1 centimètre de large. A la tempe gauche, une tumeur plus petite et à peu près circulaire, recouverte d'une croûte jaune grisâtre.

A l'examen microscopique, lésions de carcinome par places de forme grossière réticulée et en d'autres points papillaire, avec dégénérescence hyaline étendue et liquéfaction des épithéliums. G. T.

Dermatite papillaire maligne (Report of a case of malignant papillary dermatitis), par WIGGIN et FORDYCE. *New-York medical Journal*, 2 octobre 1897.

Femme de 50 ans; antécédents de famille tuberculeux mais non cancéreux. Dix enfants qu'elle a nourris avec peine à cause de la petitesse des mamelons. Le début de la maladie remonte à cinq ans, sept ans après la naissance de son dernier enfant. Il y a eu d'abord une érosion sur le mamelon droit; elle s'est graduellement étendue sur l'aréole, devenant circulaire, fournissant un suintement clair et provoquant des sensations intermittentes d'élançements ou de cuissot.

Le sein droit présentait une plaque de 2 pouces sur 3, entourant le mamelon rétracté, bien limitée, d'une couleur rouge vif, granuleuse, striée de blanc; infiltration des tissus sous-jacents, mais pas de tumeur dans le sein. Au cours de l'opération on trouva un nodule gros comme une noix dans le sein, ce qui décida à enlever toute la glande ainsi que les ganglions de l'aisselle.

A l'examen microscopique, dans toute la région malade l'épiderme était aminci, parfois réduit à deux ou trois rangées de cellules épineuses. On y trouve diverses altérations vacuolaires des cellules épidermiques et entre autres toutes les figures pseudo-coccidiennes décrites par Darier et Wickham. Le derme est profondément infiltré de cellules, surtout des lymphocytes mono-nucléaires. Cette infiltration, surtout marquée autour des vaisseaux des follicules pileux et des glandes sébacées, se prolonge profondément autour des conduits galactophores, dont l'épithélium est proliféré.

Dans la tumeur intra-glandulaire les conduits glandulaires étaient dilatés, remplis de cellules proliférées, entourées d'infiltration conjonctive et l'on voit par places la paroi conjonctive perforée par l'épithélium proliféré qui se répand dans le tissu voisin.

D'après Wiggin et Fordyce, la maladie de Paget débuterait par une inflammation de la couche papillaire du derme, amenant de l'œdème et la vacuolisation des cellules de l'épiderme et enfin leur destruction ou leur prolifération. Les altérations des conduits galactophores et glandulaires seraient secondaires à celles de l'épiderme ; elles sont de même nature et dues au même agent irritant. L'infection du tissu conjonctif et la malignité sont dues à la rupture de la paroi des conduits et à l'envahissement du tissu interstitiel par les cellules glandulaires proliférées. W. D.

Sur un fait de corne cancéreuse (Horn-Krebs), par V. MIBELLI. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Femme âgée, ayant depuis 15 ans au milieu de la face dorsale du nez une affection rebelle à tout traitement, sur laquelle il se développa une tache rouge brunâtre, d'aspect sec, puis des squames adhérentes, jaune blanchâtre et finalement, depuis 3 ou 4 mois et progressivement, une corne ; celle-ci, de la largeur d'une demi-noisette, fait une saillie verticale d'environ un centimètre ; elle a une forme irrégulière, à peu près conique, une coloration jaune brun, une consistance dure, sèche, cornée. La tumeur fut enlevée, mais récidiva au bout de 4 mois, à gauche de son implantation primitive et atteignit, 10 mois après l'opération, 17 millimètres de hauteur sur 8 millimètres de diamètre à la base en présentant à peu près les mêmes caractères que la première tumeur.

L'examen histologique montra, surtout à la base du cône corné, la structure typique du carcinome réticulé avec dégénérescence hyaline et perles cancéreuses ; les glandes sébacées étaient le siège de lésions montrant qu'elles prenaient part à la prolifération épithéliale. G. T.

Dermatoneuroses.

Dermatoneuroses hystériques érythémateuses (Erythematous hysterical dermatoneurosis), par A. VAN HARLINGEN. *International medical Magazine*, novembre 1897, p. 695.

Van Harlingen rapporte cinq observations d'éruptions hystériques qui présentent la plus parfaite ressemblance entre elles et avec celles qui ont été publiées par T. Wilson en 1875 dans ses « Lectures on Dermatology ».

Il s'agit de jeunes filles franchement hystériques ; l'éruption se montre à des intervalles irréguliers et sans cause connue, ou périodiquement et

à l'occasion des règles. Les lésions, précédées par une sensation de cuisson, apparaissent d'abord sous forme d'une plaque rouge cédématueuse, de 2 ou 3 centimètres de large, arrondie, ovalaire ou vaguement quadrilatérale, la surface se couvre de vésicules ou d'une bulle et s'excroie; après une période de suintement, la lésion s'affaisse et laisse une macule brune, passagère. L'évolution entière dure quelques jours. Parfois certaines lésions sont gangrénées et laissent de profondes cicatrices.

L'éruption se compose généralement d'un petit nombre de lésions qui apparaissent successivement et siégent dans les régions les plus variées, mais surtout à la face et la poitrine. Dans certains faits de Wilson et de Bulkley, où l'éruption offrait les mêmes caractères, elle se montrait sous l'influence de causes morales.

W. D.

De l'erythromégalgie, syndrome de Weir-Mitchell, par LéOPOLD Lévy. *Presse médicale*, 15 septembre 1897, p. 157.

L'erythromégalgie n'est pas une affection autonome; il existe probablement une erythromégalgie primitive, à lésions particulières, non encore déterminées ou simplement névrose; souvent on la voit survenir au cours d'affections diverses du système nerveux, souvent de l'hystérie, ou encore dans les lésions organiques du cerveau, de la moelle ou des nerfs périphériques; elle s'observe encore à la suite d'infections telles que le rhumatisme articulaire aigu qui agit surtout comme cause localisatrice et d'intoxications diverses.

L'erythromégalgie occupe le plus souvent les extrémités des membres et en particulier des membres inférieurs, parfois la face, et même certains parenchymes, tels que les testicules et les seins; et certains phénomènes qui l'accompagnent semblent montrer que des troubles circulatoires analogues peuvent se produire dans le cerveau, la papille optique, l'appareil auditif.

L'erythromégalgie peut s'associer à la maladie de Raynaud et alterner avec elle.

Les lésions et les troubles nerveux qui accompagnent l'erythromégalgie permettront peut-être d'en préciser l'anatomie pathologique et la pathogénie, mais jusqu'à présent on ne peut émettre à ce sujet que des hypothèses.

G. T.

Stigmates sanguins (A contribution to the study of bleeding stigmata), par J. NEVINS HYDE. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, décembre 1897, p. 557.

Un homme de 46 ans, sans antécédents pathologiques, habituellement bien portant, d'une culture intellectuelle au-dessus de la moyenne, mais très nerveux et peut-être même un peu hystérique, est pris d'une éruption vésico-pustuleuse de la face paraissant d'origine artificielle et qui guérit sans difficulté. Peu de temps après se montrent des hémorragies cutanées sur divers points du corps mais surtout à la face et toujours en des endroits accessibles aux mains.

Il se produisait d'abord une petite papule rouge du sommet de laquelle se faisait un suintement de sang persistant pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Souvent, sinon toujours, l'hémorragie était consécutive à une écorchure de grattage. Il n'y avait jamais qu'un seul foyer

d'hémorragie à la fois, quand un foyer se tarissait il en apparaissait aussitôt un autre. Cet état dura deux ans sans que rien pût arrêter les hémorragies et aboutit à un état d'anémie extrême et menaçant l'existence ; aucun trouble viscéral, pas d'hémorragie des muqueuses, pas d'hématurie ni d'albuminurie ; foie et rate de volume normal. Un certain nombre de points hémorragiques avaient laissé des cicatrices mais la plupart avaient guéri sans laisser de traces ; jamais de purpura.

L'examen du sang montra une diminution des globules rouges réduits au tiers de leur chiffre normal, et des plasmodes de la malaria. Le malade n'avait cependant jamais habité de pays paludéen ni présenté aucun symptôme de paludisme.

Un traitement tonique avec du fer et de la quinine le guérit assez rapidement sans cependant faire disparaître les plasmodes.

L'auteur discute l'étiologie et ne trouvant pas que l'impaludisme explique des phénomènes de ce genre, les attribue en grande partie aux traumatismes de grattage produits par le malade lui-même W. D.

Erupzioni simulati (Some cases of feigned eruptions), par F.-J. SHEPHERD. *Journal of cut. and g. ur. dis.*, décembre 1897, 543.

L'auteur rapporte 4 observations d'éruptions bulleuses ou gangrénées chez des femmes, les unes hystériques, d'autres ayant des raisons pour se soustraire à un travail désagréable. Dans aucun de ces cas la preuve de la supercherie n'a pu être faite, mais elle est extrêmement probable en raison des circonstances, de l'aspect des lésions, de la cessation des accidents dès qu'au moyen d'un pansement on rendait tout traumatisme impossible. W. D.

Dermatoses par intoxications bactériennes.

Dermatoses par auto-intoxication et par intoxications bactériennes expérimentales (Sulle dermatosi nelle autointossicazioni e nelle intossicazioni batteriche sperimentali), par B. FRISCO. *Giornale italiano della malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 5, p. 545.

L'auteur a soumis des animaux à des intoxications lentes par des poisons divers d'origine organique.

Les injections de protéines de bactéries virulentes (cultures du bacille typhique) faites à trois lapins ont été suivies chez eux de la chute des poils et de la production de croûtes épaisses plus ou moins étendues.

Les injections de protéine de bactéries atténuées (cultures de streptocoque atténué) ont été suivies chez des lapins et deux cobayes d'une alopecie généralisée ; à l'examen histologique, les vaisseaux étaient atteints d'endartérite.

Les injections de toxines bactériennes solubles (toxines diphtériques) ont été suivies chez deux lapins d'une alopecie plus ou moins étendue, en même temps que la peau devenait sèche et desquamait (xérodermie).

L'ingestion d'aliments avariés (infusions putréfiées de maïs, jus de viande, préalablement stérilisés par filtration) a été suivie chez quelques lapins d'une alopecie presque totale, chez d'autres de la production de bulles et de croûtes d'apparence eczémateuse, limitées à la face ou aux paupières.

Chez six lapins ayant subi l'ablation des capsules surrenales, il y a eu tantôt alopécie totale et permanente, tantôt croûtes eczémateuses étendues à presque tout le dos, tantôt production de taches ardoisées, ou encore de véritables ulcérations d'aspect fongueux à la face interne des membres postérieurs. A l'examen histologique, les fongosités avaient les caractères des granulations inflammatoires et, chez ces animaux, comme chez ceux qui avaient ingéré l'infusion putride de maïs avarié, il y avait des lésions nerveuses atteignant même le système nerveux central.

L'auteur fait remarquer que les lésions cutanées sont d'autant plus prononcées que les animaux ont été soumis à des intoxications plus prolongées.

Il conclut de ces expériences qu'il existe une relation pathogénique entre quelques dermatoses et les poisons qui se développent physiologiquement et pathologiquement dans l'organisme animal, que ces poisons se développent dans le tube gastro-intestinal ou dans l'intimité des tissus, ou qu'il s'agisse de certains poisons bactériens. Tous les animaux, même appartenant à une même espèce, ne réagissent pas de la même façon à l'action lente et fractionnée de ces poisons. Les toxidermies, à en juger d'après les altérations anatomiques rencontrées dans la peau et le système nerveux central et périphérique, doivent être considérées comme l'expression tant d'un trouble trophique général que d'un trouble trophique local de la peau elle-même.

G. T.

Éléphantiasis.

Éléphantiasis cartilagineux du nez, par E. BRIAU. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 20 juin 1897, p. 577.

Homme de 55 ans, ayant depuis 15 ans, dans la narine gauche, une excroissance non douloureuse, qu'il n'a cessé d'excier, laquelle a fini par constituer une masse de 6 centimètres de diamètre, bosselée, recouverte d'une peau amincie avec des veinules rouge vif, translucide ; dans la narine gauche, une excroissance saignant facilement. Ablation au bistouri de la tumeur qui était formée d'une masse de gelée granitée et incolore ayant tous les caractères microscopiques du chondrome muqueux. A l'examen histologique, on constate un tissu éléphantiasique avec prolifération considérable de l'endothélium des lymphatiques aboutissant à leur oblitération, infiltration de leurs parois par des cellules endothéliales et autour des vaisseaux innombrables cellules rondes dans les mailles d'un tissu réticulé ; en outre, tissu cartilagineux sous forme de bandes irrégulières. Dor, qui a fait l'examen histologique, ne peut se prononcer sur la question de savoir s'il s'agit de l'association de 2 processus morbides greffés l'un sur l'autre, ou d'une évolution particulière du processus éléphantiasique.

G. T.

Gangrène.

Gangrène cutanée consécutive à la fièvre typhoïde (Contribuzione clinica e batterioscopica allo studio della gangrena cutanea consecutiva a febbre tifoidea), par A. JOVANE. *La Pediatria*, juillet 1897, p. 201.

Fille de 3 ans, ayant de la fièvre depuis quelques jours ; signes manifestes de fièvre typhoïde ; plaque de gangrène arrondie, à fond grisâ-

tre, à bords bleuâtres, de la largeur d'une pièce de 2 centimes dans le dos ; à peu de distance de cette plaque, deux autres petites zones croûteuses, d'apparence érythémateuse. Les jours suivants, extension des plaques gangréneuses, mise à nu des aponévroses et des muscles sous-jacents, mort au bout de quelques jours. Pas d'autopsie.

Les cultures du sang recueilli pendant la vie sont restées stériles. La culture des plaques gangréneuses n'a donné que du staphylocoque doré dont l'inoculation au cobaye a reproduit des lésions gangréneuses ; mais l'inoculation à un deuxième cobaye des cultures provenant du premier n'a provoqué qu'une légère tuméfaction de la peau au point d'inoculation.

G. T.

Gangrène infectieuse multiple de la peau (Ueber eine eigenthümliche Form multipler infectiöser Hautgangrāni), par L. WÆLSCH, *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 173.

Ce cas concerne un tanneur de 38 ans, qui aurait été opéré, dit-on, pour une tumeur de l'estomac. Depuis cette époque, crampes fréquentes et impossibilité de travailler, si ce n'est à de rares intervalles. Il y a trois semaines il survint, sans cause connue, sur la peau de la région épigastrique, une tache brune sur laquelle il se forma peu à peu une tumeur qui s'ouvrit au bout de quelques jours, avec sécrétion d'un pus verdâtre, et se transforma en ulcère. Depuis cette époque, de nouvelles tumeurs ont continué de se développer sur l'abdomen, le thorax, les bras et les cuisses et de se transformer en ulcères. Depuis trois semaines, toux, expectoration verdâtre et sueurs nocturnes ; selles diarrhéiques fréquentes.

L'examen du sang montra que le rapport des corpuscules blancs aux corpuscules rouges était de 1 à 390. L'examen microscopique donne un résultat tout à fait négatif en ce qui concerne les micro-organismes.

Par contre, dans le pus des ulcères on trouva de grandes quantités de diplocoques qui se coloraient par la méthode de Gram ; entre ces diploques on voyait disséminés des bâtonnets courts, ne conservant pas la coloration de Gram, ainsi que de très nombreux éléments arrondis, semblables à des cocci, qui se coloraient ensuite avec la vésuvine, et enfin des amas compacts, finement granulés, irrégulièrement formés qui conservaient également la coloration. Dans les préparations faites avec le pus d'abcès non ouverts, on trouvait les bacilles non colorables par la méthode de Gram presque en culture pure.

Deux jours après son entrée à l'hôpital le malade succomba.

A la nécropsie on constata des abcès multiples sous-cutanés et intramusculaires avec ulcération de la peau. Bronchite et pneumonie lobulaire du côté gauche. Gangrène circonscrite multiple du lobe pulmonaire inférieur du côté droit. Tuberculose pulmonaire et des ganglions lymphatiques péri-bronchiques, etc. Mais l'étiologie du processus restait obscure.

Dans l'intervalle, il s'était développé sur les plaques, inoculées avec le pus du vivant du malade, des cultures qui présentaient un aspect tout à fait particulier, et dans les plaques inoculées avec du pus d'abcès non ouverts il s'était développé des cultures presque pures à côté de rares colonies de staphylocoques identiques, formées de bâtonnets courts,

arrondis à leurs extrémités, qui ne se coloraient pas avec la méthode de Gram ; ils étaient un peu plus petits que ceux qu'on avait observés dans le pus ; leur longueur était de $1/2$ à 2μ , leurs mouvements étaient manifestes.

L'auteur décrit ensuite les différentes formes de croissance du bacille suivant les terrains de culture. Les expériences sur les animaux ont montré qu'on avait affaire à un micro-organisme exceptionnellement pathogène.

Le bacille pathogène typique mentionné ci-dessus existait donc aussi dans les abcès de la peau ; restait à savoir l'origine de l'infection.

Il résulte des renseignements qui ont été recueillis que le malade, trois semaines avant sa mort, s'était infecté en se faisant des injections de morphine avec une seringue malpropres dont l'aiguille était tout à fait rouillée. Il se développa sur la paroi abdominale des abcès et consécutivement, sous l'influence d'un virus très virulent, des abcès secondaires.

De ces abcès survenus plus tard on put cultiver le bacille mentionné ci-dessus presque en culture pure plus ou moins souillée par des staphylocoques. L'auteur n'hésite donc pas à supposer que l'infection s'est faite au point injecté avec ce bacille.

L'agent spécial de la maladie qui déterminait la nécrose du tissu pourrait par conséquent être le bacille caractéristique et ce n'est que secondairement, comme on l'observe souvent, que le staphylocoque aurait pénétré.

Waelsch est confirmé dans cette opinion par les résultats des recherches de Babes et Pop qui ont dernièrement publié un cas de pustule maligne avec infection hémorragique secondaire, occasionnée par un bacille spécifique. Ce dernier bacille avait détruit et fait disparaître le microbe de la pustule maligne, et pris ainsi le rôle du véritable agent morbide et déterminé la mort du malade. A. Doyon.

Gangrène spontanée de la peau (Case of spontaneous gangrene of the skin), par W. T. CORLETT. *Journal of cutaneous and g. ur. diseases*, décembre 1897, p. 551.

La malade est une jeune fille de 15 ans, habitant la campagne, mal réguée depuis deux ans. En août, le lendemain d'un traumatisme local insignifiant, il apparut sur la joue gauche deux phlyctènes douloureuses, accompagnées de gonflement considérable ; elles guérissent lentement en laissant des cicatrices.

En octobre, douleurs abdominales paraissant être de nature hystérique. En décembre, le médius gauche présente un gonflement qui débute sur le bord de l'ongle, donne l'impression d'un panaris qu'on incise sans trouver de pus et qui guérit en quinze jours.

En mars, arrachement accidentel de l'ongle du petit orteil droit, à la suite duquel apparaît de l'œdème et une plaque de sphacèle occupant une grande partie du petit orteil. Peu de temps après, apparaissent sur le dos du pied et la face externe du cou-de-pied de larges plaques gangrénées qui débutent par de l'erythème, il se forme ensuite une escharre jaune, déprimée, entourée d'un soulèvement bulleux. Les douleurs sont modérées. Les escharres s'éliminent et la cicatrisation s'accompagne, mais lentement.

W. D.

Ichtyose.

Un cas d'ichtyose congénitale avec absence du corps thyroïde (A contribution to the etiology of congenital ichthyosis, report of a case with absence of thyroid), par WINFIELD et VAN COTT. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, novembre 1897, p. 516.

Parents sains, sans traces d'ichtyose ni chez eux, ni chez leurs ascendants ; pas de syphilis.

La mère a été enceinte 7 fois : 1^{re} et 2^{re} grossesses, enfants nés à terme et encore sains et vivants ; 3^e, avortement à 6 mois ; 4^e, enfant né à terme, mort à un an d'une maladie accidentelle ; 5^e grossesse, accouchement à 8 mois d'un enfant ichtyosique dont Sherwell a publié l'observation en 1894 ; 6^e grossesse, enfant à terme, mort par suite de manœuvres obstétricales ; 7^e grossesse, enfant ichtyosique. Pendant la 5^e grossesse la mère avait eu de vives préoccupations et à la 6^e un grand choc moral. Pendant tout le cours de la 7^e grossesse elle fut très agitée et tourmentée de la crainte d'avoir un enfant malformé et après son accouchement son état mental fut tel qu'il fallut la séparer de son enfant.

A sa naissance l'enfant pesait 4 livres, squelette et musculature normaux ; pas d'ongles aux pieds ni aux mains ; les yeux se ferment incomplètement, ectropion léger à droite ; cuir chevelu couvert de cheveux normaux. Tout le corps est couvert d'un épais enduit sébacé sous lequel la peau est rouge et luisante.

Quatre jours après la naissance, l'enfant était tout couvert de plaques épidermiques brunâtres de 1/2 à 2 pouces de diamètre, de 1/16 à 1/10 de pouce d'épaisseur, plus marquées du côté de l'extension, séparées par des fissures profondes, atteignant le derme.

Malgré tous les soins et toutes les onctions, l'enfant mourut au bout de 2 semaines et demie d'inanition et de refroidissement.

A l'autopsie on ne trouve pas d'autre anomalie viscérale que l'absence complète de corps thyroïde.

L'examen microscopique de la peau montre un épaississement considérable de la couche cornée. Le corps muqueux est normal ; les glandes sudoripares et sébacées sont normales. Dans le corps muqueux et le tissu sous-cutané on trouve ce qui paraît être des foyers de nécrose avec infiltration cellulaire ; les espaces lymphatiques paraissent infiltrés de microcoques, surtout au voisinage des vaisseaux. Cette infiltration microbienne est diffuse sur de grands espaces mais n'est pas générale, elle paraît être due à une infection intra-utérine et semble être la cause de la maladie cutanée.

W. D.

Impétigo.

Pathogénie et traitement de l'impétigo, par SABOURAUD. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1898, p. 21.

L'auteur critique vigoureusement la doctrine qui rattache l'impétigo à la scrofule ou au lymphatisme ; les manifestations rapportées à ces états généraux (blépharite ciliaire, kératite, coryza, etc.) ne sont que des reliquats de l'impétigo, lequel, une fois développé, persiste à l'état chronique, ainsi qu'on peut le constater histologiquement.

L'impétigo est fonction de staphylocoque doré et non de streptocoque ; on ne l'a attribué au streptocoque que par suite d'une erreur d'observation.

Son traitement consiste essentiellement dans les pansements avec une solution camphrée de sulfate de zinc et de sulfate de cuivre (eau d'Alibour au tiers), ou mieux encore en lotions continues avec cette solution après rupture de la vésicule et détachement des croûtes. G. T.

Impétigo herpétiforme.

Un cas anormal d'impétigo herpétiforme, par ALLAN JAMIESON. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Femme de 20 ans, aménorrhéique depuis trois ans, époque du début de la maladie ; depuis cette époque, à trois reprises, il s'est produit un érythème aigu généralisé auquel ont succédé des lésions localisées d'abord puis s'étendant progressivement ; ces lésions sont constituées par des taches plus ou moins larges, hyperhémées sans infiltration marquée de leur base, recouvertes sur une grande étendue de squames et de croûtes au-dessous desquelles la peau est excoriée, suintante et suppurante ; elles occupent surtout les aisselles et les membres inférieurs, respectent à peu près le visage ; aux mains, les ongles sont tombés et remplacés par une croûte molle, jaune, très adhérente ; sur les parties guéries, il ne reste aucune trace, ni cicatrice, ni changement de coloration. Langue érodée superficiellement et très sensible. Poussées fébriles irrégulières. Pendant le séjour à l'hôpital, on vit apparaître des taches érythémateuses, de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, recouvertes pour la plupart de vésico-pustules très petites ou du volume d'un grain de plomb, isolées et hémisphériques ou réunies en éléments plus volumineux et aplatis, de coloration jaune pâle et n'ayant qu'un mince revêtement épidermique. La peau était très douloureuse au moment de l'attaque ; au bout de quelque temps, il survint une desquamation générale analogue à celle de la dermatite exfoliatrice. Les années suivantes, il se produisit de nouvelles poussées à deux reprises, la santé générale s'améliora et les règles reparurent.

L'examen histologique montra un épaissement de la couche cornée avec amincissement du corps muqueux et léger accroissement des cônes interpapillaires, tuméfaction des cellules profondes avec dégénérescence cédématose et parfois formation cavitaire. Derme sain. Le contenu des pustules donna des cultures pures de staphylocoque doré. G. T.

Cas grave de dermatite herpétiforme ayant beaucoup des caractères de l'impétigo herpétiforme (Report of a severe case of dermatitis herpetiformis presenting many of the features of impetigo herpetiformis), par J. A. FORDYCE. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, novembre 1897, p. 495.

On est généralement d'accord pour admettre que l'impétigo herpétiforme de Hebra et la dermatite herpétiforme de Duhring sont deux maladies tout à fait distinctes. Il y a cependant des cas qui tiennent de l'une et l'autre maladie et qu'on est assez en peine de classer. C'est un fait de ce genre qui est rapporté par Fordyce et accompagné de planches représentant l'éruption et les lésions histologiques.

Le malade est un homme de 66 ans, né en France, qui est entré à l'hôpital en décembre 1896. Depuis 40 ans, à la suite d'une plaie de la face antérieure de la jambe gauche, il a de temps en temps des poussées de vésico-pustules en ce point.

Au commencement de décembre 1896, il avait souffert d'un prurit intense de la jambe droite, auquel a fait suite une éruption abondante de vésicules disposées en groupes et dont un grand nombre devenaient purulentes. Cette éruption s'est étendue graduellement avec les mêmes caractères sur tout le membre inférieur droit, sur le membre inférieur gauche, les membres supérieurs, l'abdomen et les fesses ; elle s'accompagnait d'un prurit violent, de perte du sommeil et de l'appétit, d'amaigrissement.

A son entrée à l'hôpital, l'éruption est constituée par des plaques arrondies de 1/2 pouce à 6 pouces de diamètre à extension centrifuge avec quelques vésicules ou pustules aberrantes. Le bord des plaques est couvert de croûtes, le centre est excorié ou couvert de papules coniques dures mêlées de pustules et de vésicules, siégeant sur une peau notablement infiltrée. Pas de lésions des muqueuses, si ce n'est une érosion superficielle sur la luette. L'urine, de densité 1013, est acide avec une trace d'albumine.

Sous l'influence d'une pommade à l'ichtyol (10 p. 100) un grand nombre de lésions guérissent, surtout au tronc, laissant des plaques brunes et infiltrées.

Au commencement de janvier 1897 survient une aggravation marquée, la fièvre se montre et dure deux semaines environ, les pieds s'œdématisent et se couvrent de grandes bulles ; sur les membres inférieurs et le tronc apparaissent des plaques érythémateuses urticariennes ou vésiculeuses ; l'urine devient très albumineuse, le pouls rapide et irrégulier ; le malade s'affaiblit beaucoup et vomit tout ce qu'il prend.

A la fin de janvier l'état général et local s'améliore tellement que la malade put quitter l'hôpital pendant quelque temps, bien que de nouvelles éruptions continuassent à se montrer.

A la fin de février nouvelle poussée éruptive formée par des groupes de vésicules apparaissant surtout sur les plaques pigmentées laissées par les poussées précédentes et toujours accompagnées de démangeaisons violentes. Les plaques brunes laissées par les éruptions anciennes sont nettement verrueuses aux aisselles, l'urine est peu abondante, légèrement albumineuse. Le sang contient beaucoup de cellules éosinophiles ; dans la sérosité des vésicules, la moitié des éléments cellulaires sont des éosinophiles.

En octobre 1897, le malade raconte que la poussée du printemps a disparu par l'usage du jaborandi, mais au bout de trois mois l'éruption a reparu et persiste encore sous forme de groupes vésiculeux qui forment des plaques suintantes et fétides ; la jambe droite présente un œdème dur, éléphantiasique, avec état verrueux très accusé ; les urines ne sont plus albumineuses ; le malade a l'air fatigué, il est amaigrí, son teint est cireux.

L'examen microscopique d'un morceau de peau excisé au niveau d'une plaque vésiculeuse récente montre un épiderme épaisse avec des prolon-

gements interpapillaires allongés ; l'épiderme est abondamment infiltré de cellules migratrices et creusé dans sa partie profonde de très fines vésicules ; le derme sous-jacent est infiltré de cellules parmi lesquelles sont beaucoup d'éosinophiles ; cette infiltration très abondante est à peu près limitée aux parties superficielles du derme.

Fordyce compare ces lésions à celles d'un cas de pemphigus végétant et remarque que dans ce dernier les altérations sont plus profondes et débutent autour des glomérule sudoripares. Les résultats de son examen microscopique diffèrent par quelques détails de ceux de Gilchrist et de Unna.

Le cas ci-dessus se rapproche de l'impétigo herpétiforme par le groupement des lésions, leur prédominance au voisinage des grands plis de flexion, le caractère pustuleux de l'éruption et par les phénomènes généraux graves. Le prurit et l'urticaire ont été observés dans l'impétigo herpétiforme par Kaposi.

W. D.

Impétigo herpétiforme (A case of impetigo herpetiformis), par M. B. HARTZELL. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, novembre 1897, p. 506.

Femme de 84 ans, malade depuis 2 mois ; on trouve sur les cuisses, l'abdomen, la partie inférieure du dos, les bras du côté de la flexion, des plaques ovalaires, croûteuses, entourées d'une bordure rouge, d'un pouce de large qui est criblée de petites pustules peu saillantes, du volume d'une tête d'épingle. Sur presque tout le reste du corps, sauf la face, les pieds et les mains, on trouve des pustules isolées, grosses comme une tête d'épingle, reposant sur une base rouge, ou bien de petites plaques de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, formées également de petites pustules et parmi lesquelles les plus grandes commencent à former des croûtes au centre. Un peu de démangeaison au début de l'éruption seulement. L'éruption cutanée, qui a offert les mêmes caractères depuis le début, a été précédée par des lésions de la langue qui était très douloureuse, avec des vésicules et des excoriations sur les bords. Actuellement elle est lisse, rouge vif au milieu, blanche sur les bords, comme si elle avait été badigeonnée de nitrate d'argent. La santé générale n'est aucunement altérée, l'urine contient une trace d'albumine.

Au bout de quelques semaines, en avril, il se fait une poussée abondante de pustules miliaires sur tout le corps, atteignant les extrémités, la face, le cuir chevelu et la langue ; la peau est uniformément rouge, par la coalescence des auréoles érythémateuses des pustules ; sur les membres inférieurs les pustules confluentes soulevaient l'épiderme en presque totalité, mais nulle part on ne voit les pustules grandir, l'éruption s'aggrave uniquement par la naissance de nouvelles pustules miliaires et submiliaires. Il survient en même temps des frissons, de la fièvre, de la diarrhée avec incontinence fécale et urinaire ; la malade meurt dans le coma deux semaines après l'apparition des symptômes généraux. Pas d'autopsie.

Dans la discussion à l'Association dermatologique américaine, Duhring, qui a vu la malade, confirme le diagnostic d'impétigo herpétiforme et remarque l'état œdémateux et spongieux de la peau excoriée, tout à fait

anologue à ce qu'on voit dans le pemphigus végétant. Il croit du reste les deux maladies assez voisines.

W. D.

Lépre.

Toxicité de l'urine et du sang dans la lépre (Tossicità dell'urina e del sangue dei leprosi), par C. CALDERONE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 5, p. 596.

De 8 injections à des lapins, d'urine provenant de 6 sujets atteints de lépre, l'auteur conclut que l'urine des lépreux est moins toxique que celle des sujets sains ; il attribue cette hypotoxicité, constatée déjà par Chatinière, au ralentissement des échanges organiques résultant des troubles du système nerveux produits par la lépre.

10 injections à des lapins, de sérum du sang de 3 lépreux, ont donné ce résultat, surprenant au premier abord, que la toxicité du sérum est d'autant moindre que le sang est retiré de la veine depuis un temps plus long, le sérum ayant été injecté entre 3 et 52 heures après la sortie du sang de la veine. D'ailleurs l'auteur a pu faire la même constatation avec le sérum provenant des sujets sains. Toutes choses égales d'ailleurs, la toxicité du sérum du sang des lépreux est plus élevée que celle du sérum de sujets sains. Il contient donc des produits spécifiques en petite quantité et ces produits ne s'éliminent pas par l'urine.

G. T.

L'hoâng-nân dans le traitement de la lépre (L'hoâng-nân nella cura della lebbra), par F. SPRECHER. *Gazzetta medica di Torino*, 1897, n° 35.

L'auteur a administré à 2 malades atteints de lépre tuberculeuse, des pilules contenant 10 centigrammes de poudre d'écorce d'hoâng-nân, par série de 5 jours séparées par 10 jours de repos, de sorte qu'en deux mois les malades ont pris 168 pilules ; les effets ont été absolument nuls, tant sur les lésions cutanées que sur les troubles fonctionnels.

G. T.

La lépre dans l'art, par HENRY MEIGE. *Nouvelle Iconographie de la Salprière*, décembre 1897, p. 418.

Cette étude complète et étend les indications fournies par Charcot et P. Richer sur les représentations des lépreux par les peintres. L'auteur, en parcourant diverses galeries d'Europe, a pu relever une trentaine de figurations de lépreux, soit sur des toiles, soit sur des fresques. Il décrit avec soin ces figurations, dont plusieurs avaient jusqu'ici passé complètement inaperçues et dont quelques-unes sont extrêmement remarquables, au point de vue de l'exactitude et de la précision avec lesquelles sont représentées les lésions cutanées et nerveuses de la lépre. Ces documents appartiennent à la peinture du XIV^e au XVI^e siècle. Ils sont inégalement répartis dans les diverses écoles de peinture : les plus nombreux se trouvent dans les œuvres des écoles italiennes (Ecole de Giotto, Orcagna, Ecole toscane, Masaccio, Pietro del Donzello, Rosselli, etc.) et allemande (vieille école de Cologne, Conrad Witz, les Hans Holbein, A. Dürer, Mathias Grunewald, Manuel Deutsch) ; ils sont plus rares dans les écoles flamande et hollandaise (B. van Orley, Rubens, etc.) et semblent, chose curieuse, faire défaut dans l'école française. Les tableaux dans lesquels on trouve des figurations de lépreux sont des tableaux

religieux, consacrés presque tous à la glorification de saint Martin, de sainte Elisabeth de Hongrie, de saint Pierre et saint Jean.

Quelques-uns de ces documents sont du plus haut intérêt au point de vue scientifique, en montrant que, sans contestation possible, la lèpre du moyen âge revêtait les mêmes formes cliniques que nous observons actuellement.

G. T.

Lupus.

Lupus érythémateux et lupus tuberculeux, par FRÈCHE. *Archives cliniques de Bordeaux*, août 1897, p. 390.

Dans la majorité de ses observations, l'auteur n'a pas retrouvé de traces de tuberculose chez les malades atteints de lupus érythémateux, pas plus que chez leurs collatéraux ; cependant il a eu l'occasion d'observer un cas intéressant où il a pu voir associés, chez une même malade, un lupus érythémateux et un lupus tuberculeux.

Le lupus érythémateux siège dans le cuir chevelu et est représenté par une plaque allongée transversalement qui occupe presque toute la nuque, lisse, glabre, rougeâtre, à contours nettement limités, sans prolongements. Sur la bordure les cheveux sont entourés à leur base d'un petit bouchon corné. Les oreilles sont un peu déplissées, mais saines.

Sur la face, on remarque trois ou quatre petites taches jaune rougeâtre, faisant à peine saillie, mais nettement infiltrées, molles, recouvertes d'un épiderme un peu squameux. Ces lésions, qui ont l'aspect classique des nodules lupiques, siègent : à l'angle de l'œil gauche, sur le côté droit du lobule du nez et le côté gauche du menton.

On ne saurait trouver associés d'une façon plus nette le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux.

D. F.

Traitemen chirurgical du lupus du larynx, par GOUGUENHEIM et GUINARD. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août 1897, p. 113.

Garçon de 10 ans, porteur d'un lupus ulcérez du lobule du nez ; cicatrices blanchâtres sur le voile du palais et la face postérieure du larynx ; épiglotte tuméfiée, parsemée de granulations, surface ulcérée et végétante sur le bord libre ; entrée du larynx garnie de petites saillies irrégulières blanchâtres, quelques-unes ulcérées, masquant les parties les plus inférieures de l'organe, cordes vocales tuméfiées et blanchâtres ; respiration souvent embarrassée, voix fortement altérée, aphonie presque complète. Laryngotomie, ablation complète de l'épiglotte, raclage des granulations intralaryngiennes, puis cautérisation au thermocautère et badigeonnage au naphtol camphré ; guérison complète en deux à trois semaines, voix à peu près normale au bout d'un mois ; au bout de six mois, pas de récidive. Examen histologique de l'épiglotte : épithélium discontinu, présentant des lésions inflammatoires du corps de Malpighi ; derme relativement peu atteint, traces d'infiltration nucléaire par places ; autour des culs-de-sac des glandes, infiltration nucléaire ayant le caractère du granulome ; les glandes elles-mêmes sont enflammées au niveau des culs-de-sac et même du canal excréteur.

G. T.

Médicamenteuses (Éruptions).

Hydrargyrie maligne terminée par la mort (Dermatite mercuriale maligna ad esito letale), par FISICHELLA. *Reforma medica*, 14 août 1897, p. 461.

Homme de 20 ans, soumis au traitement mercuriel pour un chancre syphilitique ; prend d'abord 2 centigrammes de proto-iodure, mais est obligé d'en suspendre l'emploi au bout de 3 jours parce qu'il est pris de diarrhée ; on le met aux injections de 1 centigramme de sublimé, une tous les deux jours. A la 10^e injection, il est pris de frissons, de fièvre, de fortes douleurs abdominales, au bout de 3 jours d'un prurit général intense qui s'accompagne la nuit suivante d'un érythème scarlatiniforme généralisé ; T. 39°. Les jours suivants, sur le fond érythémateux se développèrent des vésicules, des croûtes et des squames, puis quelques abcès dermiques sur le tronc. Mort 2 mois après le début de l'érythème par adynamie.

A l'autopsie, bronchite purulente chronique et foyers de bronchopneumonie, entéro-colite subaiguë revêtant le caractère polypeux dans la 2^e moitié du gros intestin, légère dégénérescence graisseuse du foie et des reins, légère dilatation des cavités cardiaques et atrophie brune du myocarde.

A l'examen histologique, épaissement et desquamation de la couche cornée dans laquelle on trouve des débris nucléaires se colorant bien par le carmin, amincissement des couches sous-jacentes dans lesquelles on ne trouve que quelques cellules trapézoïdes avec rares granules d'éléidine, abondante infiltration d'éléments embryonnaires dans le derme, le long des vaisseaux, autour des glandes sébacées et sudoripares et des terminaisons nerveuses ; névrite parenchymateuse des nerfs de l'hypoderme, très légère infiltration embryonnaire dans la substance grise postérieure de la moelle ; le seul nerf périphérique examiné présentait des lésions de névrite parenchymateuse.

G. T.

Observations d'acné bromique (Contributo alla casistica dell'acne bromica), par R. PANICHI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 5, p. 559.

I. — Femme de 21 ans, ayant depuis 5 ans des attaques d'épilepsie et prenant depuis 4 mois une préparation bromurée. Éruption ayant débuté il y a 2 mois, constituée par des pustules coniques, à base rouge foncé et assez profonde, isolées, correspondant aux orifices des glandes cutanées, plus ou moins abondantes sur les différentes régions du tronc, mais ayant tendance à se grouper sur la face, le dos et la partie supérieure de la poitrine, variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chênevis. En outre, végétations molles, de coloration rouge foncé, isolées, à base étroite, occupant le front et le pourtour des yeux et l'aisselle droite. Sur les jambes, plusieurs taches violacées de plusieurs centimètres de long, saillantes de 4 à 5 millimètres, formées de végétations molles, recouvertes d'une croûte squameuse, au-dessous de laquelle on trouve une surface rouge formée par la couche papillaire hypertrophiée avec, de place en place, de petits orifices par lesquels la pression fait sourdre un pus crémeux et dense.

A l'examen microscopique, dilatations ampullaires des follicules pileux et de quelques conduits sudoripares, s'ouvrant par places en dehors, avec infiltration périfolliculaire et périvasculaire assez notable de cellules connectives, fusiformes, de néoformation. Les glandes sébacées ne sont pas le siège de ces distensions très prononcées qui ont été observées dans d'autres cas.

II. — Femme de 25 ans, atteinte de contracture hystérique du bras, soumise au traitement bromuré. Pustules acnéiques ressemblant à celles de l'acné vulgaire sur la face, la partie supérieure de la poitrine et du dos. L'examen histologique de deux pustules de la poitrine ne montre pas la formation de cavités ampullaires, mais un soulèvement de l'épiderme, une infiltration épidermique et dermique périvasculaire.

L'auteur pense que les éruptions bromiques sont dues à l'action des composés bromiques sur les nerfs vaso-moteurs lorsqu'il s'agit simplement d'éruptions érythémateuses, mais que dans les formes plus graves et spécialement dans celles qui ont pour point de départ les glandes cutanées, il faut admettre l'élimination du brome par la peau. Il fait remarquer à l'appui de cette conclusion, que dans le deuxième des cas qu'il rapporte, les lésions cutanées renfermaient du brome, tandis que les urines n'en renfermaient pas.

G. T.

Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique, par CH. FÉRÉ. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1897, p. 332.

Homme de 31 ans, épileptique ayant des accès d'apathie avec confusion mentale sans délire. Ces accès s'accompagnent d'amaigrissement et du développement d'une mélanodermie qui rappelle la maladie des vagabonds. Deux de ces accès sont survenus pendant le séjour à l'hôpital: sur tout le tronc, en avant et en arrière, sur le cou, les fesses, les cuisses, surtout à leur face interne, sur les bras, coloration bronze foncé, marbrée de petites taches lenticulaires blanchâtres variant de 2 à 4 millimètres de diamètre; la coloration est à peu près uniforme sur le tronc, plus foncée à la base du cou et à la face interne des cuisses; la face, les mains et les pieds conservent leur coloration normale, la peau est lisse, sans trace de grattage, ni de phthiriase. Cette coloration dure tant que persiste l'apathie et disparaît en un mois environ.

Il ne s'agit évidemment pas d'une mélanodermie de cause externe, mais d'un trouble trophique lié à l'état général et méritant d'être rapproché des troubles trophiques des poils et des ongles qu'on peut observer dans les mêmes circonstances.

G. T.

Molluscum.

Molluscum athéromateux régional (Ein seltener Fall regionärer Atheromzystenbildung [Molluscum atheromatosum Kaposi] an der Scrotalhaut), par OSTERMAYER. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 353.

Ce cas concerne un malade de 31 ans qui depuis environ 6 ans serait atteint de tumeurs du scrotum qui ne lui ont, jusqu'à présent, occasionné aucun autre malaise. Il n'avait jamais rien eu auparavant sur la peau du scrotum, ni maladie inflammatoire ni autres. Il y a quatre ans, on lui

avait fait suivre un traitement antisiphilitique pour cette affection, bien que le malade prétende n'avoir jamais été infecté.

Actuellement toute la peau du scrotum est recouverte de nombreuses petites tumeurs, en cercle, rénientes, confluentes et disposées comme les baies d'une grappe, dont la grosseur varie de celle d'une noix à celle d'une tête d'épingle, en forme de sphère, blanc jaunâtre, transparentes, semblables à de la graisse. La peau du scrotum, déjà si mince en elle-même, était, sur les tumeurs, extrêmement amincie, tendue et si transparente que la coloration jaune du contenu des néoplasmes kystiques était très visible. Les plus grosses tumeurs avaient leur siège sur les faces antérieure et inférieure, disposées en lignes parallèles de chaque côté du raphé. Sur les surfaces latérales et au voisinage de la crête de l'anus le volume des tumeurs diminue par degrés. On excisa les plus grosses tumeurs et on détruisit les petites à l'aide du Paquelin.

L'examen anatomique des tumeurs montra qu'elles étaient tout à fait identiques aux kystes athéromateux ordinaires, tant sous le rapport de la structure du follicule que du caractère du contenu. A. Dovon.

Mycosis fongoïde.

Étude histologique de trois cas de mycosis fongoïde terminés par la mort. Rapports du mycosis, de la lymphadénie et de la leucémie, par LEREDDE et E. WEIL. *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1898, p. 124.

La nature lymphadénique du mycosis sur laquelle on discute encore en France et en Allemagne n'a pu être établie sur la structure microscopique du mycosis, mais peut l'être par la coexistence du mycosis et de lymphadénomes.

Plusieurs cas ont été publiés ; la plupart n'entraînent pas la certitude. Dans certains le diagnostic de mycosis n'est pas suffisamment établi, dans d'autres le diagnostic de lymphadénie est fondé sur la présence de ganglions volumineux. Or, le mycosis pourrait déterminer des adénopathies sans être nécessairement de nature lymphadénique. Dans d'autres le diagnostic de lymphadénie est fondé sur la présence d'amas cellulaires dans les viscères, amas qui sont peut-être dus à l'infection qui termine habituellement le mycosis, infection à streptocoques en général (Sabouraud et un fait du présent travail). Le fait de coexistence du mycosis et de la lymphadénie le plus probant qui ait été publié est celui de Philipson.

MM. Leredde et Weil rapportent deux cas de coexistence de lymphadénie et de mycosis. Dans l'un, observé par M. Hallopeau (*Annales de Dermatologie*, 1896, p. 1082, 1897 p. 57), on trouva à l'autopsie un lymphadénome rénal, formé d'un réticulum, de cellules éosinophiles et de plasmazellen.

Dans l'autre cas (mycosis à forme pigmentaire), il existait des lymphadénomes hépatiques comprenant un réticulum, des cellules éosinophiles, des plasmazellen et des cellules fixes.

Un fait de mycosis où les organes ont pu être étudiés complètement au point de vue cellulaire permet, rapproché des deux faits précédents, d'étudier quelques points spéciaux de l'histoire des lésions viscérales et ganglionnaires du mycosis fongoïde (gros foie gras avec sclérose, surtout

de la capsule, infiltrée de plasmazellen, sclérose rénale fruste, lésions complexes de la rate, où l'on trouve encore des plasmazellen et de la sclérose, hypertrophie ganglionnaire avec dépôt de plasmazellen dans les voies lymphatiques sous-capsulaires).

Un fait publié par MM. Danlos et Leredde (*Annales de Dermatologie*, 1896, p. 47 et 1326) montre que la lymphadénie pernicieuse de Kaposi est purement et simplement identique à l'érythrodermie mycosique.

Les conclusions de ce mémoire sont :

« Il n'est pas possible encore de démontrer histologiquement l'identité des lésions du mycosis fongoïde et de la lymphadénie car nous ne possédons pas de notions suffisantes sur les formes cellulaires qu'on rencontre dans celle-ci, d'ailleurs analogues, dans les faits étudiés par le présent travail, à celles qui constituent les altérations mycosiques. Mais on observe entre le mycosis et la lymphadénie, le mycosis et la leucémie des associations qui nous permettent d'arriver à cette conclusion : le mycosis est une forme de lymphadénie cutanée.

« Dans les cas mêmes où il n'existe pas de lymphadénome limité, le mycosis peut s'accompagner de lésions ganglionnaires et viscérales qu'il y aura lieu de rechercher à l'avenir dans d'autres cas. Que ces lésions s'exagèrent sur un point limité, elles constituent des lymphadénomes.

« Malheureusement nous ne savons ce qu'est au point de vue étiologique la lymphadénie vraie, dégagée des pseudo-lymphadénies telles qu'en produisent la tuberculose et sans doute d'autres infections classées, et si cette lymphadénie ne comprend pas des maladies multiples. Ce que nous voulons dire, c'est que le problème du mycosis n'est pas différent de celui de la lymphadénie, et qui aura résolu l'un aura résolu l'autre. » LEREDDE.

Nævi.

Des nævi dans leurs rapports avec les territoires nerveux; essai de pathogénie et d'étiologie, par G. ÉTIENNE. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1897, p. 263.

L'auteur rapporte 9 observations de nævi vasculaires ou verruqueux dont la disposition permettait de les rapporter à une origine nerveuse.

De l'examen de ces observations et des faits précédemment publiés, il conclut que l'on doit reconnaître deux groupes de faits, ceux dans lesquels le nævus occupe le territoire d'un nerf ou son trajet, et ceux dans lesquels le nævus occupe la zone intermédiaire entre deux territoires nerveux voisins. Ces nævi peuvent être attribués à une névrite intra-utérine, névrite ayant pour origine peut-être une infection maternelle ou les troubles digestifs si fréquents chez la femme enceinte, la névrite portant son action hypertrophiante sur tout le territoire du nerf atteint, ou plus activement à ses limites, aux lignes de Voigt.

Dans certains cas, plus difficiles à interpréter, les nævi intéressent plusieurs nerfs d'un seul côté, ou bien sont constitués par des placards médiants, formés de deux portions symétriques, ou bien croisent plus ou moins obliquement plusieurs territoires nerveux. Ces différents faits ne peuvent s'expliquer que par une altération médullaire. G. T.

Cas rare de nævus pigmentaire (Caso raro di neo pigmentario), par SPRECHER. *Internationale photographische Monatschrift für Medizin*, août 1897, p. 117.

Fillette de 4 ans, ayant un large nævus pigmentaire plan recouvert de poils, de coloration brun-gris uniforme; ce nævus occupe tout le dos, depuis une ligne partant du coccyx et suivant le contour supérieur de la fesse jusqu'au cuir chevelu; il se prolonge sur la face postérieure des bras, la face antérieure du bras droit, les régions sus et sous-claviculaire, mammaire et sous-mammaire droites, sus-claviculaire gauche. En outre, un nævus occupant une partie de la portion antérieure de la cuisse gauche, un autre occupant la partie inférieure et externe de la jambe droite et 356 petits navi, plus petits, disséminés sans aucun ordre sur toute la surface du corps, de dimensions variables, de coloration variant du jaune gris au brun foncé, glabres ou pilaires.

G. T.

Deux cas de nævus linéaire (Report of two cases of linear nævus with remarks on its nature and nomenclature), par P.-A. MORROW. *New-York medical Journal*, 1^{er} janvier 1898, p. 1 (avec chromolithographie).

Deux observations de nævus kératosique, systématisé, unilatéral, accompagnées de planches en chromolithographie. M... montre que la distribution de ces lésions n'est qu'exceptionnellement en rapport avec le trajet des nerfs cicatriciels, bien qu'elles puissent coïncider avec des altérations profondes du système nerveux. Quant à la dénomination, il accepte la définition large du mot nævus, tel qu'il est employé par les auteurs français et allemands, repousse les termes d'ichtyose et de papillome et adopte celui de nævus kératosique systématisé ou linéaire.

W. D.

Lésions cutanées en forme de bande de l'extrémité inférieure, par J. HELLER. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XII.

L'auteur réunit dans cette notice les observations et les graphiques de 5 cas d'affections ayant pour caractère commun d'occuper les membres inférieurs et d'y être disposées sous forme de bande parallèle à l'axe de ces membres.

Dans un cas personnel, il s'agit d'un homme de 32 ans, qui, à la suite d'une plaie de la région malléolaire interne, vit se développer sur une bande partant de la malléole, remontant au bord interne du mollet, puis se divisant en deux pour contourner en arrière la partie interne du genou et gagner la face latérale de la cuisse jusqu'à sa racine, et se répandre sur le pénis et le gland, des lésions cutanées caractérisées à la cuisse par des pustules péripilaires, au niveau du mollet par des squames sèches, sur le pénis par des plaques humides. Cette distribution correspond bien au trajet des nerfs grand saphène et fémoro-cutané, mais la participation de ces deux nerfs est difficile à admettre et il n'y avait aucun indice de lésion nerveuse; le rôle des veines paraît peu probable parce que la blessure n'a pas été suivie d'écoulement sanguin mais d'un écoulement de sérosité, ce qui dénote la lésion d'un lymphatique; d'ailleurs la topographie de la lésion correspond bien au trajet des vaisseaux lymphatiques du membre.

Dans l'observation suivante, il s'agit de lésions papillomateuses déve-

loppées à la suite de grattage de la fesse ; dans la 3^e, d'eczéma ; dans ces deux cas, le développement des lésions cutanées dans une direction qui ne correspond pas au cours de la lymphe, leur topographie qui ne concorde pas avec le trajet des vaisseaux lymphatiques font rejeter l'intervention de ceux-ci et rapporter la cause de la topographie des altérations cutanées dans les lignes de Voigt ou les nerfs périphériques.

Les deux dernières observations ont trait à des nævi papillaires en bandes, que leur origine congénitale ne peut autoriser à attribuer à une altération des vaisseaux lymphatiques, et qui d'ailleurs correspondent plutôt par leur distribution à une lésion nerveuse.

Il résulte de la comparaison de ces cas qu'on ne peut réunir dans un schéma unique toutes les affections en bandes des extrémités inférieures ; si les lésions des lymphatiques expliquent certaines d'entre elles, il faut dans chaque cas déterminer la base anatomique de la lésion. G. T.

Névrôme.

Cas de névrôme douloureux de la peau, par L.-A. DUHRING.
Atlas international des maladies rares de la peau, fasc. XII.

Homme de 70 ans, ayant constaté depuis dix ans des lésions cutanées de l'épaule gauche, qui ensuite se sont étendues au bras. Ces lésions consistent en tubercules pouvant atteindre le volume de petits pois, saillants, mais flétris, fermes et même durs au toucher, irrégulièrement distribués sur la région scapulaire gauche et le côté de l'extension du bras jusqu'au coude, sans rappeler le trajet de troncs nerveux. La peau malade dans son ensemble a une couleur rose avec une nuance violacée, surtout sur l'épaule ; au moment des paroxysmes douloureux, elle devient plus rouge, plus violacée et plus chaude que de coutume ; les tubercules du centre sont couverts de squames épidermiques peu épaisses, blanc jaunâtre. Tous les tubercules sont le siège d'une sensibilité exquise à la pression même très légère, comme celle du contact des vêtements ; la douleur atteint son plus haut degré quand le malade serre doucement le bras contre le corps, et alors elle est d'une violence extrême ; en outre, il y a des paroxysmes réveillés par une inquiétude, une excitation quelconque, même l'idée qu'on va enlever l'habit ou examiner la peau ; les douleurs sont moins fortes en été qu'en hiver. Santé générale excellente.

L'excision du plexus brachial fut suivie d'une diminution notable des douleurs qui reparurent cependant au bout d'un an et atteignirent l'intensité première ; il n'y avait pas de connexions entre les tubercules et les branches ou les troncs nerveux.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'elle était formée des éléments de la peau, d'un tissu conjonctif dense et de fibres nerveuses sans gaine médullaire ; les éléments de nouvelle formation étaient des fibres de longueur et de direction variables, en général parallèles, chacune d'elles formée d'une substance centrale finement granuleuse, entourée d'une gaine contenant des noyaux allongés, ovales, quelque peu granuleux, mais pas de myéline ; en outre, on trouva des fibres élastiques jaunâtres, les parois des vaisseaux sanguins épaisse contenant de nombreux noyaux et autour de chaque vaisseau un petit amas de cellules lymphatiques rondes, ressemblant aux noyaux des parois vasculaires. G. T.

Ongles.

Quelques cas de psoriasis unguéal, par FRÈCHE. *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, septembre 1897.

L'auteur publie 5 observations détaillées de psoriasis unguéal qu'il fait suivre des réflexions suivantes : il est hors de doute qu'on puisse faire le diagnostic de psoriasis unguéal lorsque cette lésion est isolée, et cependant si l'on cherche à analyser les divers signes qu'on rencontre, tels que striations transversales ou longitudinales, piquetures cupuliformes, flammèches hémorragiques, teinte brunâtre enfumée du lit de l'ongle, on voit que ces divers signes sont communs à d'autres affections et peuvent se trouver dans des lésions unguérales très dissemblables, tels qu'eczéma, trichophytie, etc. Seule, l'hyperkératose sous-unguiale du psoriasis, blanche, tassée, s'effritant et blanchissant au grattage, semble avoir un caractère diagnostique différentiel un peu plus important que les striations, les piquetures et les flammèches, car elle est bien différente de l'hyperkératose de l'eczéma et de celle de la trichophytie.

D. F.

Pemphigus et pemphigoïdes.

Pemphigus du nouveau-né avec infection staphylococcique générale (A case of pemphigus neonatorum associated with a general infection by the staphylococcus pyogenes), par EMMETT HOLT. *New-York medical Journal*, 5 février 1898, p. 175.

Un enfant de 9 jours, vigoureux et bien constitué est apporté à l'hôpital le 14 décembre dans un état de saleté extrême. La mère n'ayant pas de lait, l'enfant n'avait pris presque aucune nourriture ; aucun antécédent de syphilis chez les parents.

L'éruption occupait les épaules, les fesses et les cuisses ; elle était constituée par des bulles de 1/4 de pouce à un pouce de diamètre, un peu flasques, à contenu trouble, la base de ces bulles est formée par le derme dénudé ou superficiellement ulcére ; conjonctivite purulente de moyenne intensité mais avec suppuration abondante ; omblig normal, rien dans la poitrine ou l'abdomen. Température modérée. Le pus de la conjonctivite contient des microbes pyogènes, mais pas de gonocoques ; le pus des bulles contient le staphylocoque doré.

Les jours suivants, la température s'élève, l'enfant est prostré, l'éruption s'étend, les bulles se multiplient avec une grande rapidité et acquièrent parfois deux pouces de diamètre. La mort survient 60 heures après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie, 31 heures après la mort. Cerveau congestionné ; larynx congestionné couvert d'un enduit grisâtre peu adhérent ; poumons emphysématieux dans les sommets, atélectasique aux bases avec de nombreux foyers hémorragiques ; congestion du foie, de la rate, des reins, ecchymoses dans les reins et les capsules surrenales ; hyperhémie de la muqueuse, de l'œsophage et de l'estomac ; les plaques de Peyer sont rouges et gonflées.

Dans les poumons on trouve par la culture le staphylococcus pyogenes aureus et le bacterium lactis aerogenes ; dans la rate et le rein le streptococcus longus ; dans le foie le streptococcus longus et le staphylococcus

aureus ; dans les bulles le staphylococcus pyogenes aureus pur et virulent. L'auteur conclut à la nature septicémique de l'éruption. W. D.

Dermatose épidémique, pemphigoïde et furonculeuse (An epidemic pemphigoid and furuncular skin disease with observations on its bacteriology), par JAS. A. REID. *Intercolonial medical Journal of Australasia*, 20 juillet 1897, p. 441.

Reid a observé dans un village de l'État de Victoria une épidémie d'une éruption pemphigoïde. Elle avait débuté par un ouvrier qui s'était fait de nombreuses brûlures en réparant une machine à vapeur. Les brûlures du bras droit s'enflammèrent et il survint une lymphangite diffuse sur laquelle se montrèrent une série de bulles atteignant la grandeur d'une pièce de 2 shillings. Leur contour était à peu près clair au début mais devenait promptement purulente ; en même temps il y avait de la fièvre. Au bout de quelques jours les phénomènes généraux et locaux s'amendèrent, mais la troisième semaine la fièvre reparut s'accompagnant d'une tuméfaction considérable de tous les ganglions de l'aisselle. La fièvre tomba aussitôt après l'extirpation des ganglions qui étaient gros, pâles, mais sans traces de suppuration.

L'examen microscopique et les cultures montrèrent dans les bulles et les ganglions un diplocoque mobile que l'auteur compare à celui qui a été décrit dans le pemphigus aigu par Demme, Pernet et Bulloch, etc. — Les cultures jaunes, liquéfiant la gélatine font surtout penser au staphylocoque doré, et la description de l'auteur ne suffit pas à convaincre que ce n'est pas du staphylocoque doré qu'il s'agit.

Les inoculations ont fait mourir les souris et ont déterminé divers accidents locaux chez les cobayes.

Ce cas fut le point de départ d'une épidémie caractérisée par des éruptions bulleuses pemphigoïdes et par des furoncles, qui atteignit plusieurs personnes habitant la même ferme, puis une famille voisine et enfin se dissémina dans toute la région.

Dans tous les cas observés, Reid a trouvé le même microbe.

Ces éruptions pemphigoïdes contagieuses et épidermiques s'observent assez souvent dans les villages australiens. W. D.

Plaque.

Plaque polonaise (Plica polonica), par F. E. FRONCZAK. *Saint-Louis med. and surg. Journal*, décembre 1897, p. 297, et janvier 1898, p. 9.

Dans ce long article, où l'historique tient la première place, l'auteur passe en revue la bibliographie touffue de la plaque. Il commence par une synonymie qui comprend 176 noms en 21 langues et finit par une bibliographie très étendue.

Il rapporte toutes les opinions souvent absurdes émises sur l'étiologie de la plaque et condense en un chapitre la symptomatologie fantaisiste des auteurs anciens ; lui-même est assez disposé à admettre l'opinion de Hebra, que la plaque est uniquement due à la négligence et au manque de soins de toilette. Il ignore la plupart des travaux récents qui ont montré l'existence réelle d'une plaque trophonévrotique, due à des troubles nerveux et caractérisée par l'enchevêtrement progressif ou rapide des cheveux. W. D.

Sarcome.

Sarcomatose cutanée idiopathique (Sulla sarcomatosi cutanea idiopatica), par M. GRAVAGNA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. VI, p. 764.

Observation d'un homme de 74 ans, atteint depuis deux ans de sarcomes multiples de la peau des membres supérieurs et inférieurs, du scrotum, du menton et de la nuque, à éléments violacés, ayant débuté par le côté externe des cuisses, puis les mains et les pieds. L'examen histologique d'une tumeur montra qu'il s'agissait d'angio-sarcome multiple télangiectasique. L'auteur a fait sur ce cas un série de recherches, dont les résultats ont été négatifs; il n'a pu trouver de microbes dans le sang, le pouvoir toxique des urines n'était pas augmenté, les inoculations expérimentales aux animaux sont restées sans résultats, et les néoplasies cutanées ne renfermaient pas de blastomycètes.

Il conclut de ces recherches que la pathogénie et l'étiologie de la sarcomatose cutanée restent indéterminées.

Les injections arsenicales n'ont produit aucune amélioration ni de l'état général du malade, ni de ses lésions cutanées. G. T.

Tatouage.

Le détatouage (Om Fjernelse af Tatoveringen), par C. J. HANSEN. *Hospitalstidende*, 10 novembre 1897.

L'auteur a essayé le détatouage sur 50 dessins chez 24 malades. Il donne la préférence absolue aux méthodes de Variot et de Brault, surtout à la dernière, qui cause moins de douleur tout en donnant un résultat aussi certain avec des cicatrices plus belles, plus lisses et plus souples que la méthode de Variot. EHLLERS (Copenhague).

Thérapeutique.

Savons antiseptiques. (Sul valore terapeutico dei saponi antisettici), par E. CURZIO. *La Settimana medica dello Sperimentale*, 24 et 31 juillet 1897, p. 353 et 365.

L'auteur a étudié l'action des savons antiseptiques sur les cultures du staphylocoque doré; et d'autre part a recherché les micro-organismes contenus dans les parties profondes de ces savons.

Il conclut de ses recherches que le savon au sublimé, principalement le savon mou à 10 p. 1000, n'est pas aseptique au sens strict du mot; le savon dur au sublimé a un léger pouvoir antiseptique, quand on prolonge son action pendant un temps très long. Le savon à l'acide phénique, même à 10 p. 100, n'est pas aseptique; il est encore inférieur au savon au sublimé au point de vue antiseptique et est absolument incapable d'empêcher le développement du staphylocoque doré. Le savon à l'acide salicylique à 3 p. 100 et le savon à l'acide borique à 5 p. 100 peuvent être considérés comme aseptiques. Le savon à l'acide salicylique a un pouvoir antiseptique assez prononcé, en ce sens qu'au bout d'un temps assez court il empêche le développement du staphylocoque. Le savon à l'acide borique à 5 p. 100 se comporte d'une façon analogue à l'acide borique, mais a un pouvoir antiseptique moins manifeste. G. T.

La thiosinamine dans la chéloïde, les tumeurs inopérables et les cicatrices (Thiosinamine, a further study of its use in the treatment of keloid, inoperable tumors and cicatricial conditions, including deafness), par S. TOUSEY. *New-York medic. Journal*, 6 novembre 1897.

Tousey attribue l'action de la thiosinamine à son influence sur les globules blancs qui diminuent considérablement de nombre puis augmentent non moins rapidement; il en résulte une perturbation profonde dans la nutrition du tissu conjonctif.

Tousey a observé des résultats très satisfaisants en administrant la thiosinamine par la bouche.

Dans deux cas de cancer inopérable la thiosinamine a paru retarder l'évolution des lésions locales. Plusieurs cas de chéloïde ont été guéris. Dans la plupart des observations rapportées ou citées, le médicament a été donné en injection.

W. D.

Remarques sur l'électrolyse dans les maladies de la peau (Some further observations on electrolysis in diseases of the skin), par W. H. HARDAWAY. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1897, p. 399.

Hardaway rappelle qu'il a été le premier à introduire l'électrolyse en dermatologie, il y a vingt-quatre ans et il passe en revue les résultats acquis. Les indications en ont été à peu près fixées dès la première année et ce sont notamment les hypertrichoses, les télangiectasies, le milium, les nævi, les verrues et toutes sortes de petites tumeurs; les avantages de cette méthode consistent surtout en ce que les cicatrices sont presque nulles.

Parmi les chéloïdes il n'y a que celles qui sont petites et rares qui relèvent de l'électrolyse; cependant les grosses cicatrices hypertrophiques peuvent être améliorées. Pour les nævi vasculaires superficiels, les angiomes stellaires, l'électrolyse est la méthode de choix, mais dans les taches de vin et les angiomes épais et profonds les résultats sont médiocres.

En ce qui concerne le lupus, Hardaway n'a pas d'expérience de l'électrolyse en surface par la méthode de Lustgarten, mais il recommande beaucoup l'électrolyse ponctuée pour les petits nodules de récidive disséminés dans les cicatrices.

L'électrolyse paraît être le traitement le plus efficace dans le lupus érythémateux fixe, peut-être en raison de sa nature tuberculeuse. W. D.

Résistance individuelle au courant électrolytique (A case illustrating individual resistance in electrolytic work), par M. B. HUTCHINS. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1897, p. 422.

Après une première série d'épilation, chez une jeune femme, faite sans ampèremètre, Hutchins fut surpris de voir reparaître la plupart des poils. Dans une seconde série il constata que, ayant débuté à 2 milliampères, le courant tombait à 0 après le traitement de trois ou quatre poils; en faisant passer l'électrode positive d'une main dans l'autre, le courant reprenait son intensité mais pour retomber aussitôt. Il fut impossible de découvrir la cause de cette anomalie dans la pile, le circuit ou les contacts, force était de l'attribuer à la malade elle-même. D'autres fois Hutchins a pu trou-

ver des différences considérables dans les résistances entre deux malades traités dans la même heure. Enfin il a une fois constaté des différences du simple au quadruple suivant que l'électrode indifférente était tenue dans l'une ou l'autre main. Il ne propose pas d'explication de ces faits et conclut seulement à la nécessité de ne jamais opérer sans se servir d'un milliam-pèremètre.

W. D.

Trichophytie.

Granulome trichophytique (*Granuloma trichophyticum Majocchi*), par G. PINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. VI, p. 710.

L'auteur a observé à la clinique de Majocchi trois cas de l'affection que ce dernier a décrite sous le nom de granulome trichophytique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 20 ans, portant sur le cuir chevelu, principalement sur sa bordure, des cercles trichophytiques érythémato-squameux, et sur le sommet de la tête et l'occiput des saillies hémisphériques du volume d'un grain de chênevis à celui d'une noisette, de coloration rouge, brillantes, tendues, complètement glabres, quelques-unes fluctuantes, d'autres simplement pâteuses, d'où la pression faisait sortir un liquide puriforme mélangé de sang, renfermant des globules de pus, des globules rouges et des spores réfringentes.

Le deuxième cas se rapporte à un garçon de 9 ans, ayant sur l'avant-bras une plaque trichophytique de la largeur d'une pièce de 5 francs, sur laquelle on voyait deux ou trois petites pustules et une saillie nodulaire de forme allongée ; sur le bord de la plaque, saillie de coloration rouge rosée, de consistance plutôt dure et profondément infiltrée.

Le troisième a trait à une fillette de 7 ans, ayant sur le sommet de la tête et la fossette sous-occipitale des plaques alopéciques, avec quelques papules plates, plaques lisses, brillantes, de coloration rouge vineux, avec infiltration assez compacte de toute l'épaisseur de la peau, autour desquelles on voyait quelques plaques de teigne tondante.

Les lésions, dans les trois cas, sont assez différentes cliniquement, elles ont cependant pour caractères communs, qui les distinguent du kérion et du sycosis, d'être constituées au début par des saillies de consistance dure, presque fibreuse, complètement alopéciques, non acuminées, sans vésicules éphémères, sans pustules, et, lorsqu'elles s'ulcèrent, de donner issue non à du pus véritable, mais à un mélange de pus, de sang et de détritus mous jaune rosé.

L'examen histologique qui, ainsi que les cultures, a porté sur les deux premiers cas seulement, a montré l'intégrité de l'épiderme ; les follicules sont altérés dans toute leur étendue, les poils présentent les lésions bien connues de la trichophytie, les gaines de la racine et du follicule résistent au début à l'invasion du granulome dans leur partie superficielle, tandis que le tiers inférieur du follicule et de la papille présentent des lésions plus avancées allant jusqu'à la fonte purulente ; dans les couches dermiques profondes, on trouve un tissu ayant tous les caractères du granulome, avec disparition des fibres élastiques au centre de ce dernier. Au milieu des éléments épithélioïdes du granulome et le plus souvent au voi-

sinage des cellules géantes, on trouve des spores trichophytiques isolées ou réunies en groupe de quatre ou cinq, mais on ne peut trouver de mycélium.

Dans le deuxième cas, les lésions occupant l'avant-bras où les poils font défaut, on ne trouva que peu ou pas d'altérations folliculaires, mais il y avait une kératose de l'orifice folliculaire, arrivant sur quelques coupes à obliterer celui-ci.

Les cultures sur agar mannité donnent des colonies blanc jaunâtre, pulvérulentes, de forme mal délimitée et des colonies en gouttes et lenticulaires, d'un blanc de neige à bords jaunâtres ; sur agar glycériné et sur pomme de terre acide, les colonies sont d'un blanc de neige.

Les inoculations par simple raclage ont donné soit des résultats négatifs, soit des lésions très superficielles sans trace de suppuration. L'inoculation profonde jusque dans le pannicule adipeux sous-cutané a donné dans un cas, au bout de 5 jours, une tuméfaction hémisphérique, du volume d'une noisette, rouge, de consistance presque fibreuse, entourée d'une zone rouge, qui n'a pas été examinée histologiquement.

G. T.

Trichorrhexie.

Trichorrhexie noueuse (La tricorressi nodosa), par R. PANICHI. *La Settimana medica dello Sperimentale*, 18 septembre 1897, p. 450.

Étudiant, atteint depuis longtemps de séborrhée du cuir chevelu, traité par la méthode de Lassar au moyen de savonnages journaliers et de frictions avec des substances fortement antiseptiques, telles que l'acide salicylique et le sublimé en solution alcoolique, c'est-à-dire se trouvant dans les meilleures conditions pour éviter un envahissement microbien des cheveux. Le plus grand nombre de ceux-ci présentaient cependant des nodosités blanches, au niveau desquelles ils se cassaient avec la plus grande facilité ; et au microscope les cheveux rompus se terminaient en balai ; au niveau des nodosités, le cheveu était gonflé, sec et fibreux. Les cultures furent pour la plupart stériles et celles qui furent positives présentaient des germes déposés accidentellement.

L'auteur pense que dans ce cas on ne peut admettre comme cause des ruptures des cheveux que l'action mécanique de la friction unie à l'action chimique des substances employées ; cependant en général la trichorrhexie paraît d'origine parasitaire.

G. T.

Troubles trophiques.

Syndrome syringomyélique avec hémiatrophie faciale et troubles oculo-pupillaires, par QUEYRAT et E. CHRÉTIEN. *Presse médicale*, 21 décembre 1897, p. 379.

Homme de 35 ans, colporteur, atteint de syringomyélie à prédominance unilatérale. Panaris analgésiques multiples avec mutilation des doigts, qui ont tous, sauf l'annulaire et l'auriculaire droits, perdu une portion plus ou moins considérable de leur dernière phalange et sont fléchis sur la paume de la main ; crevasses sur plusieurs d'entre eux au niveau des plis interphalangiens ; les téguments des doigts et de la paume des mains sont épaisse et sclérosés. Amyotrophie peu marquée. Troubles de la sensibilité générale avec prédominance absolue de la thermo-anesthésie.

Cypho-scoliose. Hémiatrophie faciale gauche. Myosis, perte de l'accommodation aux objets avec conservation du réflexe lumineux, enfouissement du globe de l'œil gauche avec rétrécissement de la fente palpébrale, diminution des sécrétions sudorale et nasale du côté gauche. Biopsie d'un fragment de la peau, anesthésiée de l'avant-bras gauche ; recherche négative du bacille de Hansen.

G. T.

Tuberculose cutanée.

Sur une forme particulière de tuberculose cutanée (Tuberculose cutanée framboesiforme disséminée), par JESSNER. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Fillette de 15 ans, ayant depuis l'âge de 9 ans des nodules, occupant d'abord le nez, puis la tête, le dos et les extrémités, nodules brun rougeâtre, de 2 à 10 millimètres de large, plus ou moins saillants, les plus gros hémisphériques, les plus petits coniques, isolés ou réunis en groupes plus larges ; la surface de ces lésions est lisse ou un peu framboesiforme ; l'épiderme n'est pas épaisse, mais soulevé par places en petits lambeaux ; le tissu de ces lésions est mou, fongueux.

L'auteur fait remarquer que ces lésions diffèrent du lupus, avec lequel elles ont les plus grandes ressemblances, par leur fixité, les éléments les plus anciens ayant exactement les mêmes caractères que les éléments les plus jeunes.

Au microscope, on trouva un granulome, semblable à celui qu'on rencontre dans la tuberculose, ayant des limites nettes dans la profondeur et sur les bords, et siégeant dans les couches superficielles du derme. L'inoculation intrapéritonéale au cobaye et au lapin fut suivie du développement de tubercules viscéraux.

G. T.

Ulcères.

L'ulcère phagédénique des pays chauds en Algérie; aperçu historique, étude bactériologique, par H. BLAISE. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 octobre 1897, p. 961.

1316 convoyeurs indigènes ont été soignés, en 1895-1896, dans les hôpitaux militaires de la côte algérienne, au retour de Madagascar, pour des ulcères phagédéniques des pays chauds, le plus souvent compliqués d'accidents gangréneux et surtout de pourriture d'hôpital. De ces malades un certain nombre sont morts ; d'autres, renvoyés guéris, sont rentrés dans leurs foyers, ont eu des récidives et ont transmis leur maladie à leurs proches. D'autres, ayant dissimulé leur maladie, sont également rentrés dans leurs foyers et ont été l'origine de transmissions plus ou moins nombreuses. Il en résulte qu'il a été observé en Algérie plus de 700 cas d'ulcère phagédénique.

L'examen microscopique des lésions de l'ulcère a permis à l'auteur de constater : dans l'ulcère récent, associés à des bactéries vulgaires, des microbes droits ou incurvés, présentant plus ou moins nettement la forme spirillaire, formant une couche épaisse, parallèle à la surface ; dans l'ulcère ancien, récidivé, un moins grand nombre de ces microbes, disséminés par groupes plus ou moins importants, partout mélangés à des bactéries vulgaires ; sur les ulcères récidivés et presque complètement guéris, peu

ou point de ces bactéries spéciales et un petit nombre de bactéries banales. L'auteur pense que ces éléments spéciaux, bâtonnets et spirilles, qu'il n'a pu, d'ailleurs, obtenir à l'état de culture pure, constituent l'élément pathogène de l'ulcère phagédénique des pays chauds. G. T.

Verrues.

Des verrues planes juvéniles, par G. DJAMDJEFF. *Archives cliniques de Bordeaux*, octobre 1897, p. 468.

La verrue plane est constituée par une petite élévation circulaire de couleur rose terne, peu différente de celle de la peau normale voisine. Sa saillie, très minime, atteint rarement 1/2 millim. Visible à l'œil nu en raison de son contour net mais sans saillie, elle a une surface lisse, luisante, quelquefois un peu grevée. A la loupe on distingue une surface finement mamelonnée, et au pourtour une légère collerette épidermique. Les éléments ont une grande tendance à se grouper et à former des plaques à contours polycycliques. Les sièges de prédilection sont la face ou le dos des mains et des doigts et quelquefois aussi la paume des mains ainsi que les autres points du corps. La durée, difficile à préciser, est en général longue et le grattage joue probablement un rôle important dans la propagation de l'éruption. Du dépouillement de 58 observations il apparaît que le maximum de fréquence se rencontre de 5 à 10 ans.

La nature parasitaire des verrues planes, bien que vraisemblable, n'est nullement prouvée. L'étiologie de la verrue plane est presque calquée sur celle de la verrue vulgaire et cependant les deux lésions paraissent être très distinctes.

Au point de vue anatomo-pathologique, la verrue plane est primitive-ment constituée par une hypertrophie de toutes les couches de l'épiderme. Le derme ne présente aucune altération propre ; ses papilles ne paraissent pas plus nombreuses qu'à l'état normal, elles sont seulement allongées et rétrécies par l'exubérance de l'épiderme. La couche génératrice de l'épiderme ou couche basale à cellules cylindriques est plus riche en figures karyokinétiques. La couche épineuse très épaisse envoie vers la profondeur des bourgeons qui dépriment le derme. La couche granuleuse est augmentée d'épaisseur ainsi que la couche cornée, qui est friable.

Le diagnostic différentiel mérite d'être fait avec la verrue vulgaire, la verrue sénile et le lichen plan.

Quant au traitement, il est impossible d'en dire quelque chose de positif et de précis. Des médicaments très variés ont coïncidé avec la guérison rapide des lésions ; d'autres fois, ces mêmes médicaments sont restés complètement impuissants et l'on sait d'ailleurs que la maladie peut guérir spontanément.

D. F.

Verrue juvénile (Contributo allo studio della « verruca giovanile », par G. LUPIS. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 4, p. 451.

La verrue, autant qu'on peut en juger par l'observation clinique, semble être contagieuse, mais cette contagiosité n'est pas facile à démontrer expérimentalement ; à ce dernier point de vue, les inoculations méritent d'être reprises sur une vaste échelle et par des procédés très variés.

L'auteur n'a pu constater aucun microorganisme sur ses préparations de verrues, il n'a pu obtenir de cultures de microbe ni dans le bouillon, ni sur gélatine, ni sur agar, ni sur agar à l'extrait de foin.

Au point de vue histologique, il est probable que l'hyperplasie débute dans les couches épithéliales de la peau et que, secondairement, il se produit, pour ainsi dire, mécaniquement, une hypertrophie papillaire, soit par suite de l'hyperplasie des couches épithéliales, soit par retard de la transformation des cellules malpighiennes en cellules cornées, et par accumulation de celles-ci à la suite de leur élimination trop lente. G. T.

Verruga.

La verruga du Pérou ou maladie de Carrion, par L. CHASTANG. *Archives de médecine navale et coloniale*, décembre 1897, p. 417.

La maladie de Carrion (du nom de l'étudiant péruvien qui, en s'inoculant la verruga et en succombant à des accidents infectieux, démontre la relation de ceux-ci avec la verruga) est une fièvre propre à certaines localités du Pérou, de longue durée, caractérisée par des douleurs musculaires et articulaires, des crampes, une grande prostration des forces, une éruption polymorphe et des altérations marquées des organes hématopoïétiques, et se terminant souvent par la mort.

L'éruption survient plus ou moins longtemps après le début de la maladie, parfois même lorsque le malade a recouvré plus ou moins complètement la santé ; elle peut manquer lorsque la mort survient rapidement, quand elle suit de près la période aiguë de l'invasion, elle amène ordinairement une rémission des symptômes. Elle débute sous la forme de petites taches rosées rapidement saillantes, ou de vésicules brillantes semblables aux sudamina ou même par des vésicules plus volumineuses ou par des pustules. Elle peut occuper toute la surface cutanée, mais de préférence la face, le cou et les membres ; son abundance varie, et parfois elle est presque confluente, ses éléments ont ordinairement la dimension d'un grain de millet, d'un pois, d'une cerise, d'un œuf de pigeon à leur période d'état, ils sont cylindriques, coniques, hémisphériques, fungiformes, sessiles ou pédiculés ; dans certains cas, l'éruption est fruste, on voit en certains points de légères saillies, d'aspect sec, corné, rose pâle ou gris clair, disparaissant en peu de temps en donnant une légère desquamation furfuracée. Quand elles atteignent une certaine dimension, leur surface est lisse et luisante, leur consistance variable, dure, molle ou fluctuante, en même temps qu'elles présentent un réseau vasculaire très développé, et il n'est pas rare alors de les voir être le point de départ d'hémorragies.

Les phénomènes généraux se reproduisent après l'éruption ; quand la maladie a terminé son évolution, les phénomènes généraux s'amendent et les tumeurs verrueuses disparaissent par régression, par ulcération, par transformation crustacée ou par suppuration.

Des lésions analogues à celles de la peau peuvent s'observer sur la conjonctive, le voile du palais, la muqueuse du pharynx, des fosses nasales, du larynx, de l'utérus, de l'intestin, et donner lieu à des hémorragies par ces muqueuses. Les viscères peuvent également en être le siège (foie, rate, reins, cerveau).

Les lésions anatomiques de cette affection sont très mal étudiées. Les conditions de propagation ne sont pas déterminées ; on sait seulement qu'elle est spéciale au Pérou et qu'elle est limitée à certaines vallées du versant occidental des Andes.

G. T.

Zona.

Sur le zona, à propos d'un cas avec éruption généralisée, par A. HASLUND. *Nordiskt medicinskt Arkiv*, 1897.

L'auteur rapporte un cas de zona dorso-abdominal chez une femme âgée de 59 ans, chez laquelle il existait sur toutes les régions de la peau, un grand nombre de vésicules d'herpès isolées, de date un peu plus fraîche que les vésicules du zona, et en même temps des vésicules sur les muqueuses du palais et sur la langue.

Il pense que ce cas, de même que « les vésicules aberrantes » (Tenneson), ne peut pas s'expliquer à l'aide de l'hypothèse de la pathogénie du zona émise par v. Bärensprung, qu'il milite en faveur de la conception du zona comme maladie infectieuse aiguë, quand on le rapproche des autres points d'assimilation que la maladie possède avec les fièvres exanthématisques, savoir la marche de toute la maladie, l'immunité acquise, l'apparition épidémique, etc.

G. T.

Zona céphalique, par CH. ACHARD et J. CASTAIGNE. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 décembre 1897, p. 1177.

Homme de 51 ans, atteint de zona, occupant, du côté gauche, la région frontale du cuir chevelu, le front, la tempe, les paupières surtout la supérieure, la partie moyenne du nez, la joue et la mâchoire inférieure au niveau de l'émergence des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs et intéressant les muqueuses conjonctivales, au niveau du limbe scléro-cornéen, pituitaire au niveau de la cloison cartilagineuse et buccale, au voisinage de l'embouchure du canal de Sténon, du bord gauche de la langue, du voile du palais et de la luette, du côté gauche du pharynx buccal. Dilatation paralytique de la pupille gauche.

La topographie de l'éruption correspond à la fois au trijumeau, au glosso-pharyngien et au pneumogastrique, nerfs dont les origines nucléaires sont assez voisines ; la mydriase paralytique est l'indice d'une lésion de la troisième paire, degré très simple des paralysies oculo-motrices qu'on observe dans certains cas de zona ophthalmique. Ces particularités sont en faveur de l'origine centrale du zona.

G. T.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE DE PARIS

Séances des 26 janvier et 9 février 1898.

Des gelées à l'agar-agar en thérapeutique dermatologique.

M. PAUL GALLOIS emploie depuis plusieurs années, dans le traitement de l'érysipèle, une gelée composée de : eau 100 gr.; gélose 1 gr.; sublimé et acide tartrique à 0,10 centigr.; cette gelée est écrasée sur la peau en une couche mince qui sèche assez rapidement et forme un enduit frais, non rétractile, s'enlevant facilement par le lavage à l'eau et résistant cependant aux frottements même énergiques. Les gelées à l'oxyde de zinc sont d'un emploi utile dans les eczémas non suintants. Ces préparations ont sur les colles à la gélatine l'avantage de pouvoir s'appliquer sans chauffage préalable.

M. BOCQUILLON a recherché les substances qui peuvent être incorporées aux gelées à la gélose. Parmi les substances solubles dans l'eau, il signale l'eau de chaux, le sous-acétate de plomb, le sel marin, le bicarbonate de soude, l'acide borique, le borax, les acides pyrogallique, tartrique et acétique, lactique, gallique, phénique, le chlorhydrate de cocaïne, la résorciné, l'alun, le sulfure de potassium, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'iode, l'iodure de potassium, la créosote, le salicylate de soude, l'ichtyol, les sulfates de zinc, de fer, de cuivre, le chloral, le chlorate de potasse, le nitrate d'argent, la teinture de cantharides, le perchlorure de fer, le tannin, le salol, l'antipyrine, le sublimé, le sulfate de quinine, les sels d'alcaloïdes, l'ergotine, les extraits aqueux. Parmi les substances insolubles dans l'eau qui se mêlent bien à la gelée, il signale le sous-nitrate de bismuth, le calomel, le turbith minéral, le biiodure de mercure, l'oxyde jaune, le dermatol, le mono-chlorophénol, le biiodure de mercure et iodure de potassium, le naphthol camphré, l'oxyde de zinc, le talc, le minium.

Les substances nuisibles à la gelée sont les acides salicylique, picrique, chrysophanique, le menthol, le thymol, l'iodol, l'airol, l'aristol, l'iodoforme, le rétinol, l'iode, le camphre, l'iodure de plomb, l'essence de Wintergreen, l'huile de cade, la poudre d'araroba, le benzo-naphtol, le naphtol, l'huile de foie de morue, le soufre sublimé ou précipité, l'essence de térébenthine.

L'addition de 10 p. 100 d'alcool permet de mêler à la gelée le camphre, le menthol, les acides chrysophanique et salicylique. L'addition de 2 p. 100 de poudre de savon permet d'incorporer l'huile de cade.

Traitemennt du psoriasis et de l'eczéma par les scarifications.

M. JACQUET a traité avec succès par les scarifications 11 cas d'eczéma (3 eczémas lichenoïdes, 1 eczéma ancien et bilatéral de la région préauriculaire, 3 eczémas de la face chez l'adulte, 4 eczémas de la face chez l'enfant) et 2 cas de psoriasis ayant résisté depuis longtemps aux traite-

ments les plus rationnels. Il pratique les scarifications après décapage des surfaces malades au moyen de cataplasmes de féculle de pommes de terre, scarifie suivant des lignes parallèles sans aucun quadrillage et laisse saigner *ad libitum*, entretenant même le saignement par des lotions à l'eau bouillie tiède.

G. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séances de février 1898.

Fièvre typhoïde à forme rénale hématurique survenant dans le cours d'un purpura exanthématique récidivant.

M. L. GUINON rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans qui, au cours de sa 3^e atteinte de purpura simple, sans autres manifestations que quelques douleurs vagues des membres, fut pris d'une fièvre typhoïde; la fièvre typhoïde débuta par une hématurie qui dura 2 jours, fut grave et s'accompagna d'une albuminurie abondante, de nouvelles poussées de purpura, et, au 21^e jour, d'un exanthème morbilliforme généralisé. Il pense que le purpura (ou mieux sa cause) a préparé et produit l'hématurie et les accidents rénaux de la fièvre typhoïde et que celle-ci a aggravé le purpura et, d'exanthématique, l'a rendu hémorragique.

Maladie de Recklinghausen sans tumeurs fibromateuses.

M. G. THIBIERGE présente une femme de 36 ans, qui porte sur la presque totalité du tronc des taches pigmentaires de coloration café au lait, planes, non pileuses, de dimensions variables, ayant absolument les caractères des taches pigmentaires qu'on observe dans la neurofibromatose; de plus, la malade présente les troubles psychiques, qui se rencontrent dans cette affection. En aucun point de la surface cutanée on ne découvre de tumeurs, soit molluscoïdes, soit correspondant à un tronc ou un rameau nerveux. Le nom de neurofibromatose n'est donc pas applicable en pareil cas et le nom de maladie de Recklinghausen convient d'ailleurs mieux à cette affection dans laquelle les fibromes peuvent faire défaut et, lorsqu'ils existent, n'avoir aucune relation avec les nerfs.

Outre les taches pigmentaires, cette femme a une coloration diffuse, brun pâle du visage, qui est fréquente dans la maladie de Recklinghausen, bien que les descriptions classiques ne la mentionnent pas; cette coloration semble ici en relation avec l'uropathie, car on trouve de l'urobilin dans l'urine et le sérum sanguin, à l'exclusion des pigments biliaires.

Enfin, il y a des troubles gastriques, liés à l'hyperacidité du suc gastrique.

Troubles vaso-moteurs à forme d'urticaire chez un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique à frigore.

M. ROQUES présente un malade, indemne de syphilis et de paludisme, atteint depuis 30 ans d'accès d'hémoglobinurie, survenant sous l'influence du froid. Une particularité remarquable chez cet homme est l'apparition d'un œdème coloré de la peau, analogue à une plaque d'urticaire, se

montrant sur la région du corps où l'on fait agir le froid ; cet œdème persiste pendant 2 heures environ et rappelle ce que l'on voit dans les cas de dermographisme. L'urticaire chez les hémoglobinuriques a été signalée dans quelques cas, sans qu'on y ait prêté grande attention. L'auteur n'a pu la provoquer par l'action du froid chez des sujets dermographiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 15 juillet 1897.

Sur la valeur du traitement d'épreuve dans le diagnostic des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques.

M. AUGAGNEUR pense qu'on doit administrer l'iode de potassium dans tous les cas d'ulcérations cutanées où il existe le plus petit doute entre le diagnostic de syphilis et celui de tuberculose. Il a vu les ulcérations tuberculeuses s'amender considérablement sous l'influence du traitement ioduré, mais elles ne guérissent pas complètement. Il résulte de ces faits que le traitement ioduré ne permet de conclure à la syphilis que s'il a produit la guérison complète de l'ulcération ; d'autre part, on ne doit pas renoncer au traitement ioduré quand on a porté le diagnostic ferme d'ulcération tuberculeuse, à la fois parce qu'on peut se tromper et parce que, même dans le cas de tuberculose, on en retire toujours quelque bénéfice.

G. T.

SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 13 décembre 1896.

Trichophytie unguéale.

M. S. MENDES DA COSTA présente trois malades atteints d'onychomycose trichophytique. Un d'eux avait une plaque de trichophytie annulaire au poignet droit, un autre malade des cercles aux avant-bras, le troisième n'avait pas de trichophytie de la peau. Ni les ongles des pieds, ni le cuir chevelu n'étaient atteints. Ce dernier fait est la règle, puisque la trichophytie des ongles est causée par un champignon, comparable à la forme endo-ectothrix, tandis que cette forme est rare dans l'herpès tonsurant du cuir chevelu. La trichophytie de la peau étant souvent produite par les formes endo-ectothrix et ectothrix, on voit souvent coïncider la trichophytie des ongles avec celle de la peau.

L'orateur présente deux préparations microscopiques d'un ongle malade, l'un coloré suivant la méthode de Malcolm Morris, l'autre non coloré, mais chauffé dans la potasse caustique au 1/3.

Cliniquement le diagnostic de la trichophytie de l'ongle ne peut pas être parfaitement assuré. Souvent la recherche microscopique y est nécessaire, parfois même on ne peut formuler un jugement sûr que d'après les caractères de la culture.

Le meilleur traitement est l'élimination de la partie malade de l'ongle

par la lime, suivie de pansement des doigts malades avec une solution d'iode à 0,1 p. 100 et de protection par des doigtiers en caoutchouc.

Traitemen^tt de la pelade.

M. RICHEMA rapporte qu'il a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la pelade avec des applications, répétées trois fois par semaine, d'acide lactique en solutions de 50 p. 100 à 100 p. 100.

Trichophytie peladoïde du cuir chevelu.

M. MENDES DA COSTA a observé deux cas d'herpès tonsurans du cuir chevelu ayant cliniquement une ressemblance parfaite avec l'alopecia areata.

Séance du 16 mai 1897.

Urticaire pigmentée.

M. SELHORST présente un cas d'urticaire pigmentée.

A. V..., âgé de 9 ans, porte sur le visage, les mains, les jambes, le tronc, des papules et des plaques ortées, en partie de forme circulaire. Cette éruption rappelle au premier abord une syphiliide papuleuse étendue. Elle s'accompagne d'un prurit très violent. Il survient toujours de nouvelles éruptions. Les papules disparaissent en laissant une tache pigmentaire, de sorte que le corps entier est pour ainsi dire semé de taches pigmentaires et de papules de couleurs variées.

Le début de la maladie remonte à plusieurs années; l'éruption varie en violence et par moments disparaît presque entièrement.

M. SPRINGT LANDSKROON pose la question de savoir si l'urticaire pigmentée et l'urticaire hémorragique sont des maladies différentes ou bien des formes d'urticaire ordinaire.

L'Assemblée, excepté le président, se prononce pour l'opinion première.

Traitemen^tt thyroïdien du psoriasis.

M. S. MENDES DA COSTA communique les résultats du traitement du psoriasis par la glande thyroïde. Après une brève énumération de la littérature suivent les histoires de onze cas de psoriasis traités avec les résultats suivants: un cas guéri, deux cas empirés, un cas resté sans changement, sept cas plus ou moins améliorés. L'auteur conclut de ses observations que: l'action de la glande thyroïde sur le psoriasis est peu accusée et n'est favorable que dans des cas de psoriasis à larges plaques. Il est utile pour le traitement de prescrire de la glande fraîche ou réduite en poudre; les autres préparations, comme l'iodothyrine, sont moins recommandables. Ce traitement expose à de grands dangers d'intoxication.

La discussion sur ce sujet fit aussi connaître comme l'opinion de l'assemblée que les préparations de la glande thyroïde n'ont que peu ou pas de valeur pour le traitement du psoriasis. S. MENDES DA COSTA.

REVUES DES LIVRES

Therapie der Hautkrankheiten, par L. LEISTIKOW. 1 vol. petit in-8°, Hambourg, 1897. Chez Leopold Voss.

Dans ces dernières années il a paru un nombre respectable d'ouvrages sur le traitement des maladies de la peau. Tous ont eu un succès très mérité, car il ne s'agissait pas de simples compilations, mais des résultats de l'expérience personnelle de dermatologues distingués.

L'auteur du livre actuel, M. Leistikow, a été pendant de longues années l'assistant d'Unna et il s'est proposé de faire connaître dans un travail d'ensemble les méthodes de traitement de cet auteur. On sait qu'Unna est constamment à la recherche de nouveaux remèdes, et s'applique à perfectionner la technique du traitement des maladies de la peau et à faire concorder la théorie et la pratique.

Leistikow n'a pas adopté l'ordre alphabétique ; il a choisi une systématisation qui se relie étroitement au principe qu'Unna a suivi dans son histopathologie des maladies de la peau. Il a en effet trouvé que les indications thérapeutiques sont en général sous la dépendance directe des états histopathologiques et permettent par suite d'instituer un traitement systématique parallèle à ces états.

Unna dit dans sa préface que cet ouvrage est un premier essai qui laissera de côté la voie suivie jusqu'à présent d'une anthologie de recettes empiriques pour la remplacer par une thérapie explicative et théorique.

Ce livre représente, dans bien des chapitres où les connaissances pathologiques sont encore des plus restreintes, un manuel de recettes, en raison de sa tendance à l'impartialité et de la nécessité pour un livre de ce genre d'être complet. Cela d'ailleurs est inévitable si on ne veut pas se borner à indiquer les méthodes déjà suffisamment élucidées, mais encore toutes celles reconnues efficaces.

Il est impossible d'entrer dans les détails d'un ouvrage de ce genre. Dans la partie générale l'auteur s'occupe en premier lieu du traitement local, des différents remèdes, de leur action chimique et physique sur la peau, de leur mode d'application et ensuite du traitement général. La partie spéciale est consacrée au traitement des différentes maladies de la peau.

Ce livre contient de nombreuses formules qui seront certainement bien accueillies des dermatologistes et des médecins. A. DOYON.

Étude sur la lèpre en Algérie et plus spécialement à Alger, par GÉMY et L. RAYNAUD. 1 vol. in-8° de 103 pages, avec 21 planches. Alger, 1897.

Les auteurs ont réuni dans cette brochure leur communication au Congrès de Berlin sur la lèpre en Algérie, le rapport qu'ils ont remis au gouverneur général sur sa prophylaxie en Algérie, un résumé succinct de la symptomatologie de la lèpre et un questionnaire qu'ils ont adressé aux

médecins algériens au sujet de cette maladie. On jugera de l'importance que cette question a pour l'Algérie et de l'opportunité avec laquelle MM. Gémy et Raynaud ont appelé sur elle l'attention des pouvoirs publics par les chiffres suivants : les auteurs ont recueilli en Algérie 58 observations de lèpre, 31 chez des Européens (24 Espagnols, 1 Maltais, 4 Français, 2 Italiens) et 27 chez des indigènes (8 israélites, 19 musulmans). Au point de vue de la prophylaxie, ils demandent une surveillance médicale effective des étrangers qui immigreront en Algérie, l'expulsion de ceux qui sont atteints de lèpre à leur arrivée; pour ceux déjà établis dans le pays, à défaut de l'hospitalisation, les soins réguliers, la désinfection des logements et l'isolement; en outre, les médecins seraient engagés à étudier les lépreux hospitalisés pour se familiariser avec les caractères de la maladie, et à signaler au médecin chargé du service de la lèpre les lépreux qu'ils reconnaîtraient.

G. T.

L'eczéma, maladie parasitaire, par LEREDDE. 1 fascicule de l'Œuvre médico-chirurgicale. Brochure de 40 pages. Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1898.

Cette monographie appartient à la collection dirigée par M. Critzman, qui se propose de consacrer à toutes les questions médicales d'actualité une étude suffisante pour les mettre au point.

Il faut louer M. Leredde d'avoir su condenser dans le nombre relativement restreint de pages accordé aux auteurs de cette collection les notions précises et complètes sur la nature, la pathogénie, les symptômes et le traitement des eczémas. A quiconque a eu à écrire un chapitre sur la pathologie des eczémas, cette tâche paraîtra méritoire.

Le titre même de la monographie indique dans quel esprit elle est écrite. L'auteur admet l'origine parasitaire externe de l'eczéma, quelles que soient sa forme clinique et son évolution. C'est là une question des plus controversables, les preuves bactériologiques à l'appui n'ont été apportées qu'en bien petit nombre et n'ont été l'objet que de recherches de contrôle trop insuffisantes pour pouvoir être admises comme démonstratives. Aussi quelles grandes que soient les probabilités en faveur de cette théorie et de son absolue généralisation, il est regrettable que l'auteur n'ait pas apporté à son appui l'exposé ou l'indication des faits personnels ou nouveaux, ou tout au moins souligné avec plus de précision le fort et le faible de la doctrine microbienne de l'eczéma et de ses bases expérimentales. La portée de sa monographie, qui heurtera, certes, la quiétude théorique du grand public médical à l'initiation duquel elle est surtout destinée, y aurait gagné. Malgré cette critique, je me plaît à reconnaître le réel mérite de cette très claire et très complète monographie.

G. T.

Le Gérant : G. MASSON.



Fig. 1

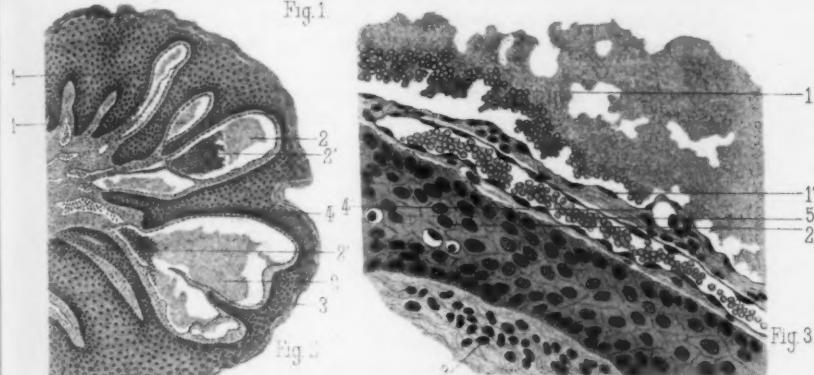


Fig. 2

Fig. 3.

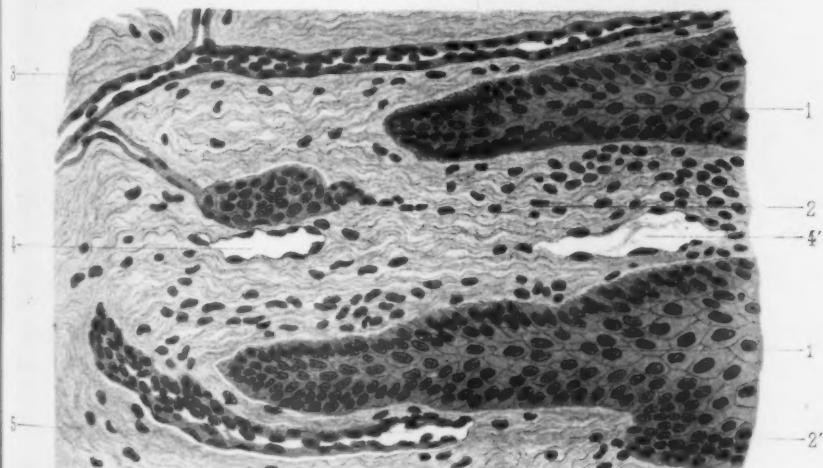


Fig. 4.

Leuba del.
Masson & C^{ie}, Editeurs.

Karmanaki lith.